



独立行政法人国立病院機構

信州上田医療センター

Shinshu Ueda Medical Center

| | |
|------|--|
| 受診日 | |
| 患者番号 | |

診療申込書

- ・ 当院では、紹介状を持参されず「初診」で受診される場合は、保険外併用療養費として7,700円をご負担していただく場合がございます。予めご了承ください。
- ・ 診察券の再発行は220円いただいております。大切に保管いただくようお願いいたします。
- ・ 当院から保険証の提示を求められた際は、速やかにご提示くださいますよう、お願いいたします。
- ・ 『氏名』『住所』『電話番号』『保険証』等に変更がございましたら、「初診窓口」にお申し出ください。

太枠内をご記入ください

| | | | |
|---------------------------|--|--------------|-----|
| フリガナ | | 旧姓(改姓されている方) | 性別 |
| 氏名 | | | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 | 〒 _____ - _____ | | |
| 第1連絡先電話番号 | 日中でも病院から連絡がとれる電話番号をご記入ください(携帯電話等) TEL _____ - _____ <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族(続柄: _____ 氏名: _____) | | |
| 第2連絡先電話番号 | 第一連絡先以外の病院から連絡がとれる連絡番号をご記入ください(ご自宅等) TEL _____ - _____ <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族(続柄: _____ 氏名: _____) | | |
| 勤務先 お子様の場合は 保護者の勤務先 | 名称: _____ | 電話番号: _____ | |
| 保護者氏名 (お子様の場合) | | | |
| 今までに当院を受診したことがありますか? | はい | いいえ | |
| 紹介状及び資料(フィルム・CD等)をお持ちですか? | はい | いいえ | |
| 工作中又は通勤途上の負傷ですか? | はい | いいえ | |
| 本日の受診は交通事故によるものですか? | はい | いいえ | |

以下、病院処理欄

| | | | |
|-------|----------|--------|---------|
| 総合診療科 | 循環器内科 | 脳神経外科 | 放射線科 |
| 内科 | 血液内科 | 心臓血管外科 | 歯科口腔外科 |
| 糖尿病内科 | 小児科 | 泌尿器科 | 乳腺内分泌外科 |
| 脳神経内科 | 外科・消化器外科 | 婦人科 | 緩和ケア内科 |
| 呼吸器内科 | 呼吸器外科 | 産科 | 健康診断 |
| 消化器内科 | 整形外科 | 皮膚科 | 迅速検査 |
| 腎臓内科 | 形成外科 | 耳鼻咽喉科 | |

保険証返却確認

| | |
|-----|------|
| 担当者 | 患者さん |
| | |