

診察申込書

No. _____

令和 年 月 日

ふりがな				性別	男・女
氏名					
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳	連絡先	市外局番() 局 番
保険証の 被保険者又は 世帯主の氏名					携帯電話() -
世帯主から見た続柄	本人・配偶者・父・母・子()・その他()				
住所	郵便番号(-)				
受診希望科に ○印を記入。	循環器内科	心臓血管外科	精神・神経科		
以前一度でもこの病院(又は十勝療養所)で診察を受けたことがありますか？ ・はい それは、いつ頃ですか？ 年頃(年前) ・いいえ					
他医療機関等からの紹介状を持参されていますか？ ・はい (紹介元) ・いいえ					

* 他医療機関等の紹介状のない方は、保険外併用療養費7,700円(税込)がかかりますのでご了承下さい。

第2連絡先

ふりがな				性別	男・女
氏名					
住所	郵便番号(-)			連絡先	市外局番() 局 番
本人から見た続柄	配偶者・父・母・子・その他()				携帯電話() -

* 携帯電話をお持ちの方は、番号の記入をお願いいたします。

* 当院初めての方は、上記内容を記入のうえ保険証等を添えて窓口②番へ提出して下さい。

公的保険給付とは関係のない文書の発行、予防接種及び紹介状を持たない初診時の保険外併用療養費は患者様の負担になります。保険外負担に係るサービスを受けた場合、その定められた費用を支払うことに

同意いたします

同意いたしません

(チェックをお願いします)

※料金表は掲示されております