

# 診 察 申 込 書

※裏面もご記入ください。

恐れ入りますが、下記の太枠内について記入いただきますようお願いいたします。

受付番号

なお、ご不明な点がございましたら、受付担当者にお気軽にお尋ねください。

過去に関西医大病院に受診されたことがありますか？ 有( )・無

IDNo.										申込月日	月	日
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	---	---

●希望の受診科に○印をして下さい。

血液・腫瘍内科		内分泌・糖尿病科		皮膚科	
呼吸器腫瘍科		心療内科		眼科	
呼吸器・感染症内科		神経内科		耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
呼吸器外科		精神神経科		放射線科	
循環器科	内科	こども館	小児科	女性診療科	産科
	外科		小児外科		婦人科
消化器科	内科	乳腺外科		総合診療科	
	外科	脳神経外科		救急医学科	
腎臓内科		整形外科		<備考>	
腎泌尿器外科		リウマチ・膠原病科			
		形成外科			

●受診内容・該当するところに○印をして下さい。

他医療機関からの紹介	仕事中・通勤途中のケガ	精密検査
一般の病気（調子が悪い）	交通事故によるケガ	健康診断
セカンドオピニオン	自分で起こしたケガ	

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年	月 日生 ( 歳)
フリガナ			
住所	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	市区群	都道府県
電話	自宅 ( ) -	携帯・その他 ( )	-
紹介状	有・無	紹介医療機関名	

職員・職員家族のみご記入下さい

職員名		部署		内線	
-----	--	----	--	----	--

- 初診受付カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。
- 受診科のわからない場合、診療受付の看護師にお尋ねください。
- 紹介状をお持ちの方は、診療受付へご提示ください。
- 他院からの紹介状をお持ちでない方は、5,000円プラス別途消費税の料金が必要になりますのでご了承ください。

受付者	登録者	予約者

保険証 受取サイン	
--------------	--

