

太枠のところを記載して下さい。

平成 年 月 日 診療申込書 (新患・他科受診)																		
ふりがな												生年	明大昭平	年 月 日			性	男
氏名												月日		()才			別	女
住所	〒	都		市		町		番地										
		道府県		市郡		村					事業所名()							
				自宅 TEL ()		-		勤務先 ()			-							
希望される診療科を○印でかこんで下さい。																		
糖血内	脳神経内	呼吸器	消化器	循環器	外	整形	脳神経	皮膚	泌尿	婦人	眼	耳鼻	放射線	麻酔	歯口腔	血管		
尿液分	泌	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科		
50	04	05	06	08	10	11	14	19	20	23	26	27	30	31	60	52		
<p>以前当院で受診されたことがありますか、どちらかに○印をして下さい。 ある (年 月頃 科)</p> <p>「ある」に○印をされた方は、いつ頃受診されましたかを御記入下さい。 ない</p>																		

～初診に係る特定療養費の徴収について～

他の保険医療機関からの紹介状なしで、直接来院された患者さんについては初診に係る費用として別途に特定療養費として2,000円(別途消費税100円)のご負担をいただくことになります。

*特定療養費とは、初診の際、他の医療機関からの紹介状なしに、200床以上の病院を受診された場合にかかる、初診料とは別の費用です。

患者番号	※ 過去受診された方で、患者番号がわかる方は御記入下さい。
交通事故・労働災害	※ 交通事故・労働災害の方はかならず○印を付して下さい。
※ 必要事項を記入されたら、保険証及び公費証明書を添えて2番窓口へ提出下さい。	

紹介 健診より

社会保険 下関厚生病院