

初診申込書

入	セ	二	氏	住	電
院	変	次	名	所	話

太枠内をご記入のうえ、保険証を添えて〔②初再診受付〕窓口へ提出してください。

姓・住所・電話番号変更の方

〔氏名〕〔性別〕〔生年月日〕と**変更箇所**をご記入ください。

明治大学在校生の方

当院は学生健康保険組合との協定医療機関です。受付手続き時に「学生証」を提示してください。
保険外医療費等は全額自己負担となりますので、ご了承ください。

申込日	20 年 月 日	ID:
氏名	(フリガナ)	性別
		男・女
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日	(歳)
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	※アパート・マンション・建物名、号まで記入してください
	都 道 府 県	
	日本国籍以外の方は、国籍を記入してください。() 外国人登録証・在留カードをご提示ください。	
連絡先	自宅	携帯
①当院を何でお知りになりましたか？		
<input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 産業医からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族や知人の勧め <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> 職場・学校・自宅が近い <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌等の記事 <input type="checkbox"/> 当院の検診センター <input type="checkbox"/> 救急搬送された <input type="checkbox"/> その他()		
②本日は紹介状をお持ちですか？		(はい ・ いいえ)
③以前に来院されたことがありますか？		(はい ・ いいえ)
④現在、他の医療機関にご入院中ですか？		(はい ・ いいえ)
病院名	電話番号	
⑤外傷(怪我)の方のみご回答ください。		
受傷は、工作中・通勤中・交通事故のいずれかに該当しますか？		(はい ・ いいえ)
受診希望	希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。 先生	

【職員記入欄】

持参資料 フィルム・ROM(CT・MRI・X-P・MMG・エコー・内視鏡) プレパラート
検査結果 その他()

入力者	確認者	ID確認者