

※赤枠内のみ記入して、初診受付窓口へお越しください。

# 診療申込書

登録

- 新規登録
- 再登録
- 初診登録
- 他科登録
- 1 期
- 1 定
- 1 M

前回来院日

|        |       |    |   |   |     |      |   |       |
|--------|-------|----|---|---|-----|------|---|-------|
| フリガナ   | 受付日   | 平成 | 年 | 月 | 日   | 患者番号 | 科 | 変更の有無 |
| 氏名     | 先生年月日 | 年  | 月 | 日 | 受診科 | 科    |   |       |
| 住所     | 様     | 年  | 月 | 日 | 性別  | 科    |   |       |
| 電話(自宅) | 〒     | 年  | 月 | 日 | 男   | 科    |   |       |
|        |       | 年  | 月 | 日 | 女   | 科    |   |       |
|        |       | 年  | 月 | 日 |     | 科    |   |       |
|        |       | 年  | 月 | 日 |     | 科    |   |       |

|            |   |                                |
|------------|---|--------------------------------|
| 紹介状        | 医療機関等名  | 診療券忘れ                          |
| レントゲンフィルム等 | 電話番号  | <input type="checkbox"/> 診療券忘れ |
|            | 別途特定療養費をお支払いいただきます                                      |                                |
|            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                                |

今まで歯科を受診したことがありますか  
 有  無 ( - )  
 診療券をお持ちの方は提示願います

保険変更

L . . . . .  
S . . . . .

住所 〒  
電話

## 給付割

| 保険者名(公費負担者番号) | 継続 | 本家 | 外 | 入 | 保険記号 | 開始年月日 | 終了年月日 | 資格交付 |
|---------------|----|----|---|---|------|-------|-------|------|
|               |    |    |   |   |      |       |       |      |
|               |    |    |   |   |      |       |       |      |
|               |    |    |   |   |      |       |       |      |
|               |    |    |   |   |      |       |       |      |
|               |    |    |   |   |      |       |       |      |
|               |    |    |   |   |      |       |       |      |
|               |    |    |   |   |      |       |       |      |

※ 受付窓口及び診療時には、誤認防止のため、お名前でお呼びしております。ご了承ください。