

※赤枠内のみ記入して、初診受付窓口へお越しください。

登録 診療申込書

- 新規登録
- 再登録
- 初診登録
- 他科登録
- 1 J
- 定期
- 1 M

前回来院日
. .

| | | | | | | | | |
|--------|----------|---|---|----------------------------|------|---|---|---|
| 受付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 患者番号 | | 変更の有無 | |
| フリガナ | | | | <input type="checkbox"/> 男 | 受診科 | | 科 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 氏名 | 様 | | | <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (歳) |
| 住所 | 〒 - | | | | | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 電話(自宅) | (緊急時連絡先) | | | | | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |

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

診療券忘れ

| | |
|------------|---|
| 被保険者氏名 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 被保険者からみた続柄 | <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 | 保険番号(公費受給者番号) | 開始年月日 | 終了年月日 | 資格交付 |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-------|------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

※ 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。ご了承願います。