

下記の必要事項をご記入の上、受付窓口にご提出ください。

フリガナ〔 〕	年齢〔 〕 男・女
お名前〔 〕	旧姓〔 〕
生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日	
住 所：〒 -	
電話番号： - -	
緊急連絡先： - - (ご関係)	
※受診状況により連絡を控えて欲しい場合は受付までお申し出下さい※	
一度でも当院で診療を受けられたことがありますか？	紹介状はありますか？
はい ・ いいえ	有 ・ 無

他医療機関等からの紹介状がない場合は、初診料及び初診に係る特別の料金として1,000円を徴収致します。ただし、緊急その他やむを得ない事情によってはこの限りではありません。

また、歯科・口腔外科と歯科・口腔外科以外の診療科は健康保険上別の取り扱いとなるため

それぞれ初診時選定療養費がかかります

※その他やむを得ない事情とは、①国の公費負担医療受給者で、生活保護法・結核予防法などの対象疾病等で当該医療券をお持ちになって受診される場合 ②大阪府の公費負担医療助成制度受給対象者で、特定の障害や難病医療の医療券・医療証をお持ちになって受診される場合をいいます。

上記の内容を承認し診療の申込みをします。

同意署名

診察を希望する診療科・医師がおられればお書きください。  
分からなければ「わからない」とお書きください。

### 診察希望診療科

- 内科  
 外科  
 乳腺外科  
 脳神経外科  
 整形外科

- 泌尿器科  
 循環器内科  
 心臓血管外科  
 皮膚科  
 婦人科

### 診察希望医師〔 〕

- 眼科  
 歯科・口腔外科  
 その他〔 〕  
 わからない

① 今回受診された一番の理由をお書きください。症状や検査・治療の希望など。

〔 〕

② かかりつけの病医院・先生はいらっしゃいますか？

- いない  
 いる

③ これまでに言われた・または診て頂いている病気は何ですか？

〔 〕

④ 入院したり、手術を受けたりしたことがありますか？

- ない  
 ある

〔 〕 クリニック  
医院  
病院

○で囲んで下さい

大体の住所をお書きください。

〔 〕

⑤ アレルギーはありますか？

- ない  
 ある

⑥ 輸血を受けたことがありますか？

- ない  
 ある

先生のお名前も教えてください。

〔 〕先生

⑦ 妊娠している可能性はありますか？

- ない  
 ある

御協力ありがとうございました