

0						
---	--	--	--	--	--	--

# 診察申込書

済生会横浜市南部病院

保険証・医療証・紹介状と一緒に提出してください  
 必要に応じコピーをとらせていただきますので、ご了承ください

フリガナ		性別	申 込 年 月 日			年	月	日
患者氏名		1 男 2 女	T大 S昭 H平 R令	年	月	日	年齢	
住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		携帯電話						
		自宅電話 <input type="checkbox"/> なし						
		緊急連絡先 (患者との関係: ) <input type="checkbox"/> なし						
紹介元 医療機関	有・無	予 約 (電話・インターネット)	予約時間( : )	無	当院を受診した ことはありますか?	有・無		

【備考欄】

受診科 及び 該当する 場合に○	61	総合内科	62	消化器内科	63	呼吸器内科	64	腎 臓 高血圧内科	65	糖尿病・ 内分泌内科	66	脳神経内科
	67	血液内科	68	リウマチ・ 膠原病内科	02	精神科	03	循環器内科	04	小児科・ 新生児内科	05	外 科
	06	整形外科	07	脳神経外科	08	皮膚科	09	泌尿器科	10	産婦人科	11	眼 科
	12	耳鼻咽喉科	13	リハビリ テーション科	14	放射線科	15	歯科口腔外科	17	心臓血管外科	18	形成外科
	19	乳腺外科	21	救急診療科	22	呼吸器外科						
	97	分娩目的	93	交通事故	91・92	労災・公務災害(仕事中のケガ)			96	自費診療		