受 診 申 込 書（問診等含む）

受診を希望される診療科に☑をつけてください。

[　　]の診療科を初めて受診される方は、紹介状が必要です。

当院での受診歴の有無をご記入ください

（□有 / □無）

診療科	43 総合内科	03 神経内科	04 血液内科	05 呼吸器内科	11 呼吸器外科	06 消化器内科	07 腎臓内科	57 糖尿病内分泌内科	08 循環器内科	82 心臓血管外科	42 感染症内科	09 小児科	10 外科	12 整形外科	13 整形外科スポーツ（予）	14 形成外科	15 脳神経外科	19 皮膚科	20 泌尿器科	23 産婦人科	24 女性専門（予）	26 眼科	27 耳鼻咽喉科	36 リハビリ科（予）	70 歯科口腔外科	31 麻酔科（予）	60 救急集中治療科
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	■

診察券番号	ー　　ー	※当院の診察券をお持ちの方は、 診察券番号をご記入ください。
フリガナ		□男・□女
氏　名		□明治 □平成 □大正 □令和 □昭和 □西暦　年　月　日　歳
住　所　〒		□変更なし
本人連絡先	□変更なし	緊急連絡先（本人以外の方）　（続柄：　）
自宅	ー　ー	自宅　ー　ー
携帯	ー　ー	携帯　ー　ー

以下のご質問（問診）にお答えください。

①他院からの紹介状（診療情報提供書）はお持ちですか。	□はい	□いいえ
②他院からのレントゲン他、電子媒体（ＣＤ）はお持ちですか。	□はい	□いいえ
③お仕事中または通勤途中によるケガですか。	□はい	□いいえ
④交通事故によるケガですか。（200%で計算いたします）※自損事故は100%	□はい	□いいえ
⑤第三者行為（けんか等）によるケガですか。（150%で計算いたします）	□はい	□いいえ
⑥健康診断（人間ドック等）の結果表をお持ちですか。	□はい	□いいえ
⑦ご家族さま来院による、医師への面談ですか。（患者本人不在）	□はい	□いいえ
⑧マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しますか？	□はい	□いいえ

＊１年以上通院歴がなく、保険医療機関からの紹介状をお持ちでない方は、保険診療費の他、別途 ７，７００円をご負担いただきますので
あらかじめご了承ください。また、ご通院中の方で医科又は歯科初診の場合もご負担いただきますので、あらかじめご了承ください。

＊健康保険に未加入の方は150%で計算させていただます。

「関東労災病院」は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願いいたします。

保険証	紹介状	診察券	結果表

受付者印	入力者印	点検者印