診　療　申　込　書

□□ － □□□□□ － □

◎ 太線内を記入してください。
◎ 記入が済みましたら初診受付⑤番の受付箱に入れてお待ちください。

平成　　年　　月　　日

1　業務・交通事故による負傷	有　（仕事中　通勤途中　その他）　・　無		2　救急車による搬送

受診者	フリガナ 氏名			耳が不自由ですか	はい・いいえ		
				その他			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年　月　日	年齢	才	性別	男・女
	フリガナ						
	現住所	〒□□□－□□□□ 都道府県　市郡　区町					
	連絡先	☎（　　）　－		携帯電話	☎（　　）　－		

紹介状の有無	有　・　無	紹介元病院等の名称	

受診科に○を付けてください。

21 総合内科・総合診療科	22 脳神経外科	23 脳神経内科	24 精神科	26 眼科	27 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	28 呼吸器内科	29 呼吸器外科	30 循環器内科	31 心臓血管外科	32 消化器・代謝内科	33 消化器外科	34 移植外科	35 内分泌・糖尿病科	36 リウマチ・膠原病科	37 乳腺外科
38 小児科	39 血液内科	40 皮膚科	41 整形外科	42 形成外科	43 麻酔科	44 腎臓内科	45 泌尿器科	46 産科婦人科	47 放射線診断科	48 放射線治療科	49 小児外科	50 腫瘍内科	51 救急科	歯科	

備考

初診時に紹介状をお持ちでない方は、選定療養費として2,625円が自己負担となります。

＊労災の方は、窓口に申し出てください。

記入いただいた個人情報は、診療情報の管理等のため使用します。なお，詳しくは院内で配布している『患者さんにかかる個人情報の取扱いについて』をご覧ください。

病院記入欄	保険証 FAX　．　持参　．　郵送

広島大学病院R