

診療申込書

来院日 (令和 年 月 日) (時 分)

1. 聖マリア病院での受診は初めてですか? ()初めて、 ()いいえ、 ()ドック、 ()巡回健診
2. 本日受診する科は初めてですか? ()初めて、 ()いいえ、 ()わからない
3. 紹介状はお持ちですか? ()紹介なし、 ()紹介あり(書面・名刺・電話)
4. 交通事故や労働災害ですか? ()いいえ、 ()交通事故、 ()労働災害
5. 1ヶ月以内に海外へ行ききましたか? ()はい、 ()いいえ、
6. 現在、入院中ですか? ()はい、 ()いいえ、
7. 本日の受診科に○を記入して下さい。

1F		2F					S					3F					A					B					C					D					E	F	G		1F				
38	01	07	09	17	18	35	02	06	45	11	47	16	34	05	14	15	44	13	13	24	25	26	03	04	36	20	21	28	19	31	22	23	08	10	12	32	33								
救急科	救急科	循環器内科	小児循環器科	糖尿病内科	心臓血管外科	生活習慣病科	消化器内科	脳血管内科	神経内科	外科	移植外科	脳神経外科	リウマチ膠原病内科	呼吸器内科	整形外科	呼吸器外科	乳腺外科	形成外科	フットケア外来	皮膚科	泌尿器科	腎臓科	血液内科	放射線科	緩和ケア内科	産科	婦人科	麻酔科	精神科	歯科・口腔外科	眼科	耳鼻科	小児科	新生児科	小児科	小児科	小児科	矯正科							

注意：受診科の御相談は総合案内にお尋ね下さい(平日 8:30 ~ 11:30)

8. 受診される方をご記入ください。

現住所

フリガナ		
受診者名	旧姓()	男・女
生年月日	大・昭 年 月 日 平・令	生まれ
電話	—	—
携帯	—	—

〒	—	市
	県	郡
	町	
	村	
アパート・マンション名		号室
国籍(Nationality)*外国籍の方のみ		言語(language)
*現住所と連絡先が違う方は、裏面へ連絡先の記載をお願いします。		*医事入力者

ご記入が終わりましたら健康保険証、診察カードを窓口にご提出下さい。

社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 (202108版)