

《診察申込書》

(太枠の中を記入してください)

* ご記入のうえ、**保険証**を添えて中央受付にご提出ください。

* 紹介状をお持ちの方は、**紹介状**を添えて中央受付にご提出ください。

カナ	男 女	生年月日		
氏名		明治 大正 昭和 平成 令和	年	月
旧姓				日
〒		〈アパート・マンション名〉		
住所				
電話	携帯電話			
() -	() -			
緊急連絡先	(続柄)		勤務先	
() -			() -	

* 該当するものを、○で囲んでください。

確認事項	① 紹介状を持ってのご来院ですか？	1. はい	2. いいえ	
	② 健康診断結果表を持ってのご来院ですか？	1. はい	2. いいえ	
	③ かかりつけ医はありますか？ ※かかりつけ医がある方はその医療機関名を教えてください。 ()	1. はい	2. いいえ	
	④ 工作中的のけがですか？(通勤中も含む)	1. はい	2. いいえ	
	⑤ 交通事故ですか？	1. はい	2. いいえ	
	⑥ 農協組合員ですか？	1. 組合員本人	2. 組合員家族	3. 准組合員本人
		4. 准組合員家族	5. 分からない	6. 組合員ではない
	* ⑥で 5. 分からない と回答した方は、下記の該当項目を○で囲んでください。			
	⑦ 農業に従事していますか？	1. はい	2. いいえ	
	⑧ JAの役員・職員ですか？	1. はい	2. いいえ	
⑨ JAの貯金又は共済(保険)を利用していますか？	1. はい	2. いいえ		

* 希望受診科を選んで、○で囲んでください。

総合内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	糖尿病・内分泌内科	脳神経内科
呼吸器内科	膠原病内科	老年内科	緩和ケア内科	腫瘍内科	血液内科
小児科	外科	乳腺・内分泌外科	整形外科	脳神経外科	心臓血管外科
皮膚科	形成外科	産婦人科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	眼科
放射線科	口腔外科	精神科			

新規 ・ 修正 ・ 追加

確認者① :

確認者② :

ID :