

# 診 察 申 込 書

新兼変再

(フリガナ) 受診者氏名											国籍	日本									
												日本以外 ( )									
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日										性別	男	被保険者名								
												女	続 柄								
(フリガナ) 住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										都道府県										
連絡先	自宅	( )				救急搬送				有 ・ 無											
	携帯電話	( )				◎当院に受診されたことがありますか? はい ・ いいえ															
	勤務先	( )				◎晴海トリートメントクリニックに受診されたことがありますか? はい ・ いいえ															
紹介状	有 ・ 無				◎新橋健診センターに受診されたことがありますか? はい ・ いいえ																
受診科	内 科								70	10	11	20	外 科								
	59	51	52	53	54	57	55	56	58	70	10	11	20	61	67	64	65	62	66	63	
	総合診療部	消化器	脳神経	高血圧	膠原病	循環器	内臓分泌	糖尿病	腫瘍	呼吸器	感染症科	精神神経科	小児科	皮膚科	上部消化管	下部消化管	肝胆膵	内臓乳状腺	呼吸器	血管	小児
希望の科に○印を記入して下さい	17	18	69	19	27	22	23	21	24	25	33	39	32	30	31	37	34	72	73		
	整形外科	脳神経外科	脳血管内科	形成外科	心臓外科	産科	婦人科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリ科	歯科	ペククリニック	放射線部	画像診断部	内視鏡部	内視鏡部	緩和ケア部	緩和ケア部	遺伝診療部	

端末

※初診窓口には保険証を添えてお出し下さい。

(20.10) 業2020-10 (20.01 改定)

東京慈恵会医科大学附属病院

I.I.H-557