

【様式4】

第一号様式

診療申込書

Patient Registration Form

(あて先) 川崎市立多摩病院長

受付日 令和 年 月 日

新規 氏名 〇〇 ID再

保妻 住所 〇〇 医療相談

※ 太枠の中のみご記入ください。

紹介状 有・無

(ふりがな)		性別 Sex		生年月日 Date of Birth	
氏名 Name		M. 男	F. 女	(M) 明治 (T) 大正 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和	年 月 日 年齢 満() 歳
(ふりがな)		住所 Address			
住所 Address		電話 Phone No. (Home)		携帯 Phone No. (Mobile)	
緊急連絡先 Emergency contact details		氏名 Name		続柄 Relationship	
		住所 Address		電話 Phone No. (Home)	
				携帯 Phone No. (Mobile)	

診療科目	診療科目	診療科目
01 総合診療内科	21 小児外科	41 皮膚科
02 循環器内科	22 乳腺・内分泌外科	42 泌尿器科
03 呼吸器内科	25 脳神経外科	43 産婦人科
05 消化器・肝臓内科	26 整形外科	44 形成外科
06 腎臓・高血圧内科	27 形成外科	45 皮膚科
08 代謝・内分泌内科	28 皮膚科	46 泌尿器科
10 神経内科	29 泌尿器科	47 産婦人科
11 血液内科	30 産婦人科	48 眼科
12 リウマチ・膠原病内科	31 眼科	49 耳鼻咽喉科
13 腫瘍内科	32 耳鼻咽喉科	50 皮膚科
14 アレルギー科	33 放射線科	51 歯科
15 神経精神科	34 麻酔科	52 歯科口腔外科
16 小児科	35 歯科口腔外科	53 リハビリテーション科
17 消化器・一般外科	36 リハビリテーション科	54 健康診断部
19 心臓血管外科	53 健康診断部	
20 呼吸器外科		

受付	入力	確認

- 初めて受診される方は、診療申込書に保険証を添えて提出してください。
- 交通事故・健康診断・労災・自由診療で受診される方はお申し出ください。
- 紹介状は診療申込書に添えて提出してください。尚、紹介状を持たずに受診された初診患者さん※1及び当院から他院へ紹介したにもかかわらず、再度当院を受診する患者さん※2について診療費とは別に右記の料金を負担していただきます。

※1：非紹介患者初診加算料	5,500円	3,300円
※2：再診患者加算料	2,750円	1,650円

川崎市立多摩病院

(税込価格)