

診察申込書

太い枠内をご記入の上、保険証と一緒に受付にご提出ください。

受診希望の診療科に○をご記入下さい ※紹介状をお持ちの方はお申し出下さい。

- 1-①・大腸肛門科（肛門症状・便秘など） 1-②.重症便秘外来 2・消化器内科
 3・泌尿器科（検尿があります。お手洗いを我慢して下さい） 4・心療内科(ストレス内科)

今までに当院を受診されたことがありますか？

1. ある（ 年 月頃） 2. ない

フリガナ		性	男・女		
氏名		別			
生年月日	明 大 昭 平 令 治 正 和 成 和	年	月	日	()才
現住所	〒 -				
自宅電話	TEL ()	-			
携帯番号	TEL ()	-			

＜お願い＞ご来院のきっかけの番号を○で囲んでください。複数ある場合は全てお教えてください

- | | | |
|-------------------|--------------|--------------------|
| 1.知人、友人、身内の紹介 | 5.施設・クリニックカー | 11.大腸癌検診で診察をすすめられて |
| 2.本院の患者さんの紹介 | 6.他病院等の医師の紹介 | 12.当院が行った講演会を聞いて |
| 3-①（新聞： ） | 7.建物をみて | 13.保健所、農協、役場の紹介 |
| -②（テレビ： ） | 8.当院ホームページ | 14.電話帳の広告をみて |
| -③（リビング熊本 ） | 10.看板を見て | 15.当院職員の紹介 |
| -④（情報誌： ） | -①（当院前） | 16.高野病院の人間ドックをうけて |
| -⑤（パンフレット： ） | -②（熊本市内） | 17.-①バスの中の案内放送を聞いて |
| -⑥（本： ） | -③（八代市内） | -②その他（ ） |
| 4.住いが近い | -④（大分県内） | |

＜お願い＞当院へご来院の交通手段を教えてください。該当する番号を○で囲んでください

- | | | | | |
|--------|-----------|------|----------------|---------------|
| 1.自家用車 | 3.JR | 5.徒歩 | 7.タクシー | 9.その他（ ） |
| 2.バス | 4.バイク・自転車 | 6.送迎 | 8.JRとバスまたはタクシー | |

*外国人の方はご記入ください。

国籍	
母国語	
対応言語	
支払方法	現金・クレジットカード・その他()

病院側記入欄

受付時間（ : ）

受付日		紹介医NO.		整理番号	-															
NO.					社	社	退	退	後	国	生	自								
保険者番号																				
記号・番号																				
資格取得		年	月	日	資格取得			年		月		日								
有効期限		年	月	日	有効期限			年		月		日								
被保険者名					続柄															
(備考)										高	1・2・3									
										後	1・2・3									