

診 察 申 込 書

申込	令和	年	月	日	患者番号																			
診療科	02	03	04	06	07	09	10	11	12	15	16	19	20	22	23	24	30	70	71	72	73	80	82	83
	こころの診療科	神経小児科	遺伝科	循環器小児科	小児集中治療科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	形成外科	小児外科	心臓血管外科	リハビリテーション科	産科	総合小児科	新生児科	血液腫瘍科	救急科	アレルギー科	感染症科

※太枠内のみご記入ください。

患者さんの前名	ふりがな	_____ (性別) 男・女 昭・平・令 年 月 日生 氏名 _____ 歳 か月																				
住所	〒	_____ _____ _____																				
保護者、その他の連絡先	〒	保護者氏名 _____ 患者さんとの続柄 _____ 国籍 (「日本」以外の方のみご記入ください。) _____ 住所 (自宅・職場・実家・その他) _____ ※上記と同じ場合は記入不要です。 _____ 都道府県 _____ 市郡 _____ 町村 _____ 電話番号 (携帯・実家) _____ 上記以外で、連絡のとりやすい電話番号などありましたらご記入ください。 記入例 (090) 〇〇〇〇 — △△△△ (母親携帯) 連絡先 1 () — () 連絡先 2 () — ()																				
備考																						

患者さんや同居されている方が、はしか・水ぼうそう・おたふくかぜ・風疹・はやり目(流行性角結膜炎)・インフルエンザに罹っているとき又はこれらの方が周囲におられるときは、受診日の前日か当日の来院前に電話でご連絡ください。場合によっては、受診の延期や特別な来院方法をお願いすることがあります。院内感染防止のためにご協力をお願いします。