

診 察 申 込 書

(Application form for medical examination)

※ 診察申込書に保険証、紹介状を添えて総合受付にお出し下さい。

(Please hand in the application form along with the insurance card to the receptionist.)

※ 工作中的事故（通勤途上又は帰宅途上の事故を含む）及び交通事故で受診されるときは、必ずその旨をお申し出下さい。

(Please notify the receptionist of injuries in an accident at work or a traffic accident.)

● 特定療養費の支払いに関して承諾していただけましたか。

はい

(Could you consent to Specific medical expenses?)

(Yes.)

● 太枠内のみご記入下さい。(Please fill in only the blanks surrounded by thick lines.)

受 診 日	年 月 日		
フリガナ		男	Date of birth
氏 名		・	(明・大・昭・平)
Name		女	年 月 日 満 歳
紹介状の有無	有 ・ 無	当院受診	有 (科 年頃) ・ 無
フリガナ			
現 住 所	〒 -		
Address	携帯TEL	-	TEL - -
勤務先名	社名等：		
Office	TEL - -		
緊急連絡先	氏名等：		
Emergency Message	〒 -		
	(本人との続柄：) TEL - -		

● 受診科に○印をつけて下さい。

(Please circle the item of the department related to your medical examination.)

内 科	神 経 内 科	麻 酔 科	皮 膚 科
Internal Medicine	Neurology	Anesthesiology	Dermatology
心 療 内 科	外 科	呼 吸 器 外 科	泌 尿 器 科
Psychosomatic Internal Medicine	Surgery	Respiratologic Surgery	Urology
呼 吸 器 内 科	心 臓 血 管 外 科	放 射 線 科	耳 鼻 咽 喉 科
Respiratologic Internal Medicine	Cardiovascular Surgery	Radiology	Otolaryngology
消 化 器 内 科	整 形 外 科	眼 科	婦 人 科
Gastroenterologic Internal Medicine	Orthopaedic Surgery	Ophthalmology	Gynecology
循 環 器 内 科	脳 神 経 外 科	小 児 科	形 成 外 科
Cardiologic Internal Medicine	Neurosurgery	Pediatrics	Plastic Surgery
神戸市検診 (<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 肺がん)			予 防 接 種