

保険証、診察券（お持ちの方）を添えて受付にお出してください。

診療申込書

鹿児島市立病院

フリガナ															性別		
氏名															男	女	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日												歳				
住所	〒 _____																
連絡先	自宅 () - () - () 携帯 () - () - ()																
会社等緊急の連絡先 または帰省、里帰りの場合の連絡先	〒 _____ 電話番号 () - () - ()																
保険加入者との続柄															職業 (受診者)		
市立病院で受診されたことがありますか。										ない・ある (科 年 月頃)							
フリガナ															※登録確認時に必要ですので、 できる限りご記入をお願いいたします。		
旧姓																	
本日の受診内容 (○をつけてください)	1. 診察 2. 交通事故 3. 工作中的事故 (労災・公災) 4. 他病院・施設等に入院 (入所) 中の受診 5. セカンドオピニオン																
紹介状は お持ちですか。	1. はい 画像CDをお持ちですか。 <u>あり</u> ・ なし 紹介医療機関名 _____ 電話番号 _____																
	2. いいえ ※原則として、初診時選定療養費 (7,700 円税込) を別途ご負担いただきます。																
お名前です よろしいですか。	1. はい 1年以内に海外に行ったことがありますか 2. いいえ																
	1. ない 2. ある (年 月頃) 予約をしていますか 1. はい 2. いいえ																
受診を希望する診療科について 希望する診療科の番号に○をつけてください。																	
11	19	31	17	13	12	18	32	23	24	65	90	25	14	16	30	55	60
内科(総合内科)	糖尿病・内分泌内科	血液・膠原病内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	腫瘍内科	消化器外科	呼吸器外科	放射線科	麻酔科	整形外科	リウマチ科	脳神経内科	脳神経外科	眼科	耳鼻咽喉科
51	52	26	40	35	22	85	71	70	21	53	15	89	00				
産科	婦人科	乳腺外科	泌尿器科	皮膚科	心臓血管外科	形成外科	歯科口腔外科	歯科	小児外科	新生児内科	小児科	救急科	健康診断	女性専門外来	ペインクリニック		

ID : _____

初診時選定療養費の説明