

# 初診申込書

※太枠内をご記入いただき、保険証(又は医療証)を添えて受付窓口までお出しください。  
 ※健康診断、予防接種の方はお申し出ください。

申込日: 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正/昭和/平成/令和	年	月 日生 歳
自宅住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
緊急連絡先 ( )	(電話番号)		
Eメールアドレス	@		
国籍 Nationality			
< 日本国籍以外の方におたずねいたします >			
来日した目的を○ で囲んでください	1. 仕事(90日以内の滞在) 4. その他(90日以上滞在する仕事等)	2. 短期滞在(観光、会議等)	3. 医療渡航
使用保険を○で囲 んでください	1. マイナンバー 5. 自費( 保険証忘れ ・ 保険証申請中 ・ 保険証なし )	2. 健康保険	3. 事故 4. 労災
紹介状	有 ・ 無	紹介元施設名:( )	

※受診する診療科を○で囲んでください。ご予約の場合はその旨をご記入ください。

診療科	予約	予約、又は ご希望の医師名	診療科	予約	予約、又は ご希望の医師名
1 内科(消化器)	有・無		10 リプロダクション・ 婦人科内視鏡治療センター	有・無	
2 内科(循環器)	有・無		11 産科	有・無	
3 内科(内分泌)	有・無		12 女性腫瘍治療・ 婦人科	有・無	
4 内科(その他)	有・無		13 耳鼻咽喉科	有・無	
5 整形外科	有・無		14 ボイスセンター	有・無	
6 股関節低侵襲治療センター	有・無		15 皮膚科	有・無	
7 小児科	有・無		16 泌尿器科	有・無	
8 外科	有・無		17 アイセンター(眼科)	有・無	
9 乳腺外科	有・無		18 呼吸器センター	有・無	
10 脳神経外科	有・無		19 放射線科	有・無	