診察申込書

豊橋市民病院

年　　月　　日

1. 太線の中を記入してください。
2. 紹介状をお持ちの方は提出してください。
3. 診察券、マイナンバーカード（又は健康保険証）、公費受給者証等をお持ちの方は併せて提出してください。

受診される方	フリガナ				・今までに豊橋市民病院に受診したことがありますか。（有・無）
	氏名				
	生年月日	大・昭・平・令（　　） （西暦　　）　年　月　日　才	戸籍に記載の性別 ※ 診療に必要であるため性別欄の記載をお願いします。	男・女 ※ 配慮してほしいことがありましたら記載してください。 （　　）	・今回のけが、病気の原因が下記にある方は、□に✓を入れてください。 □ 仕事・通勤　□ 交通事故 □ 第三者によるけが　□ 学校等でのけが
	住所	（郵便番号　－　）　※ 番地等は（－）ハイフンで省略しないでください。			初診：紹介（有・無）［　　］ 医院・病院・クリニック
		マンション・アパート名　号室			健診結果等（有・無）
	自宅	－　－	携帯電話	－　－	続柄（　　）
その他連絡先（緊急時に連絡可能な方）	氏名		携帯電話	－　－	続柄（　　）
			自宅電話	－　－	

マイナ保険証による診療情報取得への同意（有・無）

受診を希望する科に○をつけてください。

1	総合診療科	25	呼吸器内科	26	消化器内科	27	循環器内科	28	アレルギー内科	29	感染症内科	30	腎臓内科	31	糖尿病・内分泌内科	33	脳神経内科	34	血液・腫瘍内科	2	一般外科	(36)	一般外科（肛門外科）	(48)	一般外科（乳腺外科）	35	小児外科	37	移植外科	42	心臓血管・呼吸器外科（呼吸器外科）	43	心臓血管・呼吸器外科（心臓血管外科）	3	整形外科	(39)	整形外科（脊椎外科）	38	リウマチ科	13	形成外科	4	脳神経外科	5	産婦人科	産婦人科（生殖医療）	6	小児科	7	耳鼻いんこう科	8	皮膚科	9	泌尿器科	10	眼科	11	放射線科	19	リハビリテーション科	15	歯科口腔外科	24	透析

登録番号 □□－□□□□□□　　選定療養費（有・無）　　【診察券忘れ　診察券再発行】