

初診カード

* 太枠内をご記入ください。ご記入いただいた個人情報は、当院での診療に関すること(利用目的)以外には利用いたしません。

* 保険証をお持ちの方は、この用紙と一緒に提出してください。

患者氏名	フリガナ		男	生年月日	大 昭 平 令 年 月 日		
				女	自宅電話	()	-
			携帯電話		()	-	
住 所	〒 - ※郵便番号は必ずご記入ください。マンション名、部屋番号までご記入ください。						
勤務先 通学先	名称	所在地		電話番号 () -			
受診内容	症状をご記入ください ()						
	当院の受診は初めてですか? はい ・ いいえ (初診時、紹介状がない場合は選定療養費が発生します)						
	交通事故ですか? → はい ・ いいえ (事故日 年 月 日 相手がいる ・ 相手がない)						
	仕事上のけがですか? → はい ・ いいえ						

病院記入欄	患者ID				初診	再診			
保 険	社保(01)	国保(C0)	後期高齢(39)	生保(12)	介護	交通事故(M0)	労災(Z5・DO)	自費(Z3)	
公 費	こども(81)	障害(82)	ひとり親(83)	後期高齢福祉(89)	精神(21)	その他()			
助 成	特疾(51)	難病(54)	更生(15)	限度額認定証					
備 考									
医療法人 医仁会 さくら総合病院			入力者	Ⓜ	確認者	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	