

受付番号

【診療申込書：初診】

日付

0

-

-

◎この申込書は、当院をはじめて受診される方専用です。

◎受付の際、保険証・医療証・紹介状・フィルムを①初診受付にご提示ください。

◎交通事故・工作中的事故(労災)で受診される方は、別途お申し出ください。

フリガナ NAME 氏名			職業			
DATE OF BIRTH 生年月日	大・昭・平・令 年	月	日生 () 歳	SEX 性別	M 男	F 女
ADDRESS 現住所	〒	都道 府県	市郡 市郡	区町 区町	TEL () 携帯 ()	- -
被保険者	(保険証の筆頭者)		被保険者からの あなたの続柄			
緊急連絡先 (本人以外)	〒	都道 府県	市郡 市郡	区町 区町	TEL () 携帯 ()	- -
本人勤務先	所在地 名称		TEL ()		-	

◎希望診療科の上部空欄に"○"印を付けてください。

複数科受診希望の方は、それぞれに受診順位を付けてください。(例①②・・・)

71	72	03	07	08	09	12	60	13	15	19	21	21	21	23	24	26	28	31	32	35	38	39	42	43	44	45	73	74	
腫瘍・血液・感染症内科	内分泌・糖尿病内科	消化器内科	腎臓・膠原病内科	循環器内科	呼吸器内科	脳神経内科	総合診療部	精神神経科	小児科	消化器外科	呼吸器外科	乳腺外科	小児外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	皮膚科	腎泌尿器外科	産婦人科	産科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	歯科口腔外科	リハビリテーション科	総合診療部(ER)	予防・抗加齢・再生医療センター
月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	※予約制	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	※予約制	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	※予約制	月・水・金	※予約制	月・水・木	月・水・金	火・木	※予約制	※予約制	火・木	火・木	月・火・水・木・金	※予約制	月・木・金	火	※予約制	※予約制	※予約制	※予約制

《職員記入欄》 ※以下は記入しないでください。

保険情報	○交通事故	○業務中(労災・通勤災害・公災)	○医療保護	○自費	○その他
主保険	社	国	39		
医療証	高齢	乳	障	ひとり親	
	難病	小慢	他()	高現給	
紹介状	有・無・筑紫・西新	フィルム等		入	確
診療科()				力	認
医師名()					

福岡大学病院(2024. 4)

◎ 初診時選定療養費(7,700円)の支払いに同意いたします。:

◎ 時間外選定療養費(11,000円)の支払いに同意いたします。:

◎ 海外に在住し日本の公的医療保険の適用を受けていない場合は、診療報酬点数1点につき20円(日本の公的医療保険証を有する場合の200%)の支払いに同意いたします。: