診　察　申　込　書

□救急外来

●診察申込書にマイナンバーカード（又は健康保険証)、紹介状を添えて総合受付にお出しください。

※マイナンバーカード（又は健康保険証）がない場合は、運転免許証、運転経歴証明書、パスポート、在留カードなど顔写真付き身分証明書をご提示ください（コピーを取らせていただきます)。

●太枠内のみご記入ください。

受診日	年　　月　　日			
本日の受診目的	該当する項目に☑をしてください。 □交通事故のけが　□仕事中のけが　□通勤上のけが　□第三者からのけが(自費) □予防接種(自費)　□神戸市検診（自費）　□以上に該当ない診察			
紹介状	有　・　無	過去の当院受診	無　・　有（　　年頃　　科）	
選定療養	当院は初診時選定療養費が必要な規模の病院ですので、紹介状をお持ちでない場合は、初診時選定療養費7,000円が必要です。			
フリガナ		男	生年月日	
氏名	様	・ 女	（明・大・昭・平・令） 年　月　日 満　歳	
フリガナ				
現住所	〒　－ 携帯電話　－　－　固定電話　－　－			
勤務先名	社 名 等： TEL　－　－			
緊急連絡先	氏 名 等： 〒　－ （本人との続柄：　　）TEL　－　－			

※記入いただいた連絡先は、病院からの郵送物がある場合の送付先、必要時に病院から連絡してもよい連絡先として登録させていただきます。

※健康保険加入が確認できない場合は、自費診療(保険診療の約 3～10 倍のお支払)となりますのでご了承ください。

※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証を利用ください。

●受診科に○印をつけて下さい。

	内科		脳神経内科		乳腺外科		皮膚科
	心療内科		外科		呼吸器外科		泌尿器科
	呼吸器内科		心臓血管外科		放射線科		耳鼻咽喉科
	消化器内科		整形外科		眼科		婦人科
	循環器内科		脳神経外科		形成外科		予防接種
	神 戸 市 検 診（ □乳がん　□子宮がん　□肺がん　□その他）						

神 戸 赤 十 字 病 院

2025.11