

# 診 察 申 込 書

※裏面もご記入ください。

恐れ入りますが、下記の太枠内について記入いただきますようお願いいたします。

受付番号

なお、ご不明な点がございましたら、受付担当者にお気軽にお尋ねください。

過去に関西医大病院に受診されたことがありますか？ 有( )・無

I D No. 申込月日 月 日

●希望の受診科に○印をして下さい。

血液・腫瘍内科	内分泌・糖尿病科	眼科
呼吸器腫瘍科	心療内科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
呼吸器・感染症科	脳神経内科	放射線科
呼吸器外科	精神神経科	総合診療科
循環器科	小児科	アレルギーセンター窓口外来
内科	小児科	産科
外科	小児外科	婦人科
消化器内科	乳腺外科	女性診療科
消化管外科	脳神経外科	ペインクリニック
肝臓外科	整形外科	救急医学科
胆膵外科	リウマチ・膠原病科	歯科口腔外科
腎臓内科	形成外科	健康科学科
腎泌尿器外科	皮膚科	<備考>

●受診内容・該当するところに○印をして下さい。

他医療機関からの紹介	仕事中・通勤途中のケガ	精密検査
一般の病気（調子が悪い）	交通事故によるケガ	健康診断
セカンドオピニオン	自分で起こしたケガ	

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日生 ( 歳)
フリガナ			
住 所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	都 道 市 区 郡	府 県
電 話	自宅 ( )	携帯・その他 ( )	-
紹介状	有 ・ 無	紹介医療機関名	

職員・職員家族のみご記入下さい

職員名		部 署		内 線	
-----	--	-----	--	-----	--

- 初診受付カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。
- 受診科のわからない場合、診療受付の看護師にお尋ねください。
- 紹介状をお持ちの方は、診療受付へご提示ください。
- 他院からの紹介状をお持ちでない方は、5,000円プラス別途消費税の料金が必要になりますのでご了承ください。

受付者	登録者	予約者



関西医科大学附属病院

保険証  
受取サイン

--

# アレルギーについての質問

今までに、食べ物・お薬で、アレルギー症状がでたことがありますか。

※該当するところに○をつけてください。

※「あり」に○をされた方は内容をご記入ください。

① お薬		・なし
		・あり【                   】【                   】【                   】 【                   】【                   】【                   】
		・わからない

② 食べ物		・なし
		・あり【                   】【                   】【                   】 【                   】【                   】【                   】
		・わからない

※ 表面もご記入ください。