

患者専用 外来診療申込書

受診者氏名	フリガナ		性別	男・女	生年月日	T・S・H・R			保険証/医療券 あり・なし
			年齢	歳		年	月	日	
現住所	〒 - 都道府県 ※アパート・マンション・建物名、号までご記入ください。						当院 あり (番号:) 受診歴 なし		
連絡先	平日9:00~16:00の間に連絡可能な電話番号をご記入ください。 自宅 - - 携帯 - -				病名 もしくは 症状				
<div style="font-size: 48px; opacity: 0.5; position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); pointer-events: none;"> 必須 </div>									
患者さんは現在入院または施設へ入所されていますか？									
はい(入院・施設入所)・いいえ									
他の医療機関へのご受診や検査を受けられたことはございますか？									
はい・いいえ									
※ご記入がない場合、不受理とさせていただきます ※書類作成希望の診察依頼はお受けしていません									
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？					発行元医療機関はどちらですか？				
はい・いいえ					病院・医院 クリニック				

◆他の医療機関からの紹介状をお持ちでない場合、選定療養費として5,500円(税込)をご負担いただきます。(原則として紹介状は必須)

※下記の項目から1つ選択しチェックをつけてください

脳神経小児科		脳神経内科						脳神経外科		リハ科		総合内科				総合外科			その他専門外来											
(小児てんかん含む)	脳神経小児科外来	小児筋疾患外来	小児睡眠専門外来	脳神経内科外来	筋疾患外来	イップス外来	筋萎縮性側索硬化症専門外来	多発性硬化症外来	パーキンソン専門外来	多系統萎縮症専門外来	脊髄小脳変性症専門外来	末梢神経障害専門外来	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	脳神経外科外来	成人脳波外来	リハビリテーション外来	ニューロリハ外来	総合内科外来	コロナ後遺症外来	めまい・しびれ外来	消化器内科外来	循環器内科外来	外科外来	整形外科外来	腰痛・膝痛外来	もの忘れ(認知症)外来	(16歳以上)成人てんかん外来	頭痛外来	脳卒中外来	睡眠専門外来

山村医師 佐藤和貴郎医師の診察希望の方や筋痛性脳脊髄炎・慢性疲労症候群の診察希望の方は代表(042-341-2711)にお問合わせ下さい

左記に記載のない専門外来は病院からの予約となりますのでかかりつけ医にご相談ください

※病名がわからない、紹介状をお持ちでない方は網掛けしております外来にてご案内させていただきます。

※受付には予約時間の30分前までにお越しください。レントゲン等の画像データをCD等で持参される場合は、予約時間の1時間前に受付までお越しください。