

診療申込書 (Medical Application)

保険証を添えて総合受付2番へご提出ください。

※ Please submit your health insurance card at the second reception counter.

内科 Internal Medicine	外科 Surgery	形成外科 Plastic Surgery	整形外科 Orthopedics	脳神経外科 Neurosurgery	婦人科 Gynecology	心臓血管外科 Cardiovascular Surgery
眼科 Ophthalmology	耳鼻咽喉科 Otorhinolaryngology	泌尿器科 Urology	ペインクリニック (麻酔科) Pain clinic	皮膚科 Dermatology	小児科 Pediatrics	もの忘れ外来 Memory clinic
Name	フリガナ			(Male・Female) (男・女)	紹介状 Letter of Introduction	あり・なし Yes・NO
氏名				保険外併用療養費		
Date of birth 生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和			(Year) 年	(Month) 月	(Day) (Age) 日 (歳)
Address 住所	〒 —					
電話 (Tel)	— —			携帯 (Mobile phone) — —		
Last Visit 前回来院	(Y) 年	(M) 月頃	First Visit to this hospital <input type="checkbox"/> 古河赤十字病院を初めて受診する			
交通事故 (Traffic accident)?				はい (Yes) ・ いいえ (No)		
仕事中のケガ (Accident at work)? (労災保険)				はい (Yes) ・ いいえ (No)		
↓						
会社名 (Company name)						
電話番号 (Tel)						