



診療申込書

国立研究開発法人国立成育医療研究センター

本日の日付 平成 年 月 日	
フリガナ 氏 名	
生年月日 平成・昭和 年 月 日	性別 男性 女性
住所	郵便番号 ー
自宅電話番号 ()	緊急連絡先電話番号 ()
下記の医療機関を受診したことがありますか	
旧国立小児病院	はい (診察券番号) いいえ
旧国立大蔵病院	はい (診察券番号) いいえ
医療券・健康審査受診票をお持ちですか	はい いいえ
紹介状をお持ちですか	はい いいえ
レントゲンフィルム等をお持ちですか	はい いいえ
本日どの診療科の受診を希望されますか：	
総合診療部	<input type="checkbox"/> 小児期診療科 <input type="checkbox"/> 思春期診療科 <input type="checkbox"/> 成人期診療科
器官病態系内科部	<input type="checkbox"/> 消化器・肝臓科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 腎臓・リウマチ・膠原病科 <input type="checkbox"/> 遺伝診療科
生体防御系内科部	<input type="checkbox"/> 免疫科 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> 腫瘍科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 感染症科
臓器・運動器病態外科部	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科
感覚器・形態外科部	<input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科
こころの診療部	<input type="checkbox"/> 発達心理科 <input type="checkbox"/> 思春期心理科 <input type="checkbox"/> 育児心理科
手術集中治療部	<input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 疼痛管理科
周産期センター	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 胎児診療科 <input type="checkbox"/> 不育診療科 <input type="checkbox"/> 新生児科
母性医療診療部	<input type="checkbox"/> 不妊診療科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 妊娠と薬外来 <input type="checkbox"/> 女性総合外来
放射線診療部	<input type="checkbox"/> 放射線診断科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科