

診療申込書

申込日	年 月 日	*太枠内を記入してください。
受診希望科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科(予約のみ) <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 整形外科(予約のみ) <input type="checkbox"/> スポーツ(<input type="checkbox"/> 整形 <input type="checkbox"/> 内科) <input type="checkbox"/> リウマチ科(予約のみ) <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児科(<input type="checkbox"/> 小児整形 <input type="checkbox"/> 睡眠障害) <input type="checkbox"/> 放射線科	

フリガナ		性別 (任意記載)		〒	—
氏名 Name			住所 Address		
生年月日 Date of birth	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 (満 歳)	電話番号 Telephone	自宅 ()	—	
			携帯 ()	—	
		緊急時連絡先 Emergency Contact	本人との関係:		
	氏名:	()	—		
紹介状の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 画像CD-ROM <input type="checkbox"/> その他()				
紹介医療機関					

【お知らせ】 当院は紹介受診重点医療機関に指定されており、他院からの紹介が無い場合、初診時選定療養費7,000円がかかります。

※以下に該当される方はお申し出ください。

- 交通事故 労災(職場・通勤途中のお怪我) 他人から受けたケガ(第三者行為)

本日、ご本人様は来院されていますか はい いいえ
 「いいえ」とお答えになられた方で、他院入院中又は施設入所中の場合は以下をご記入ください。

※現在、他院に入院中の方

病院名		電話番号 ()	—
-----	--	----------	---

※現在、施設に入所中の方

施設名		電話番号 ()	—
-----	--	----------	---

当院ではオンライン資格確認等システムを導入し、マイナンバーカードを健康保険証としてご使用いただけます。マイナンバーカードを保険証としてご使用になりますか。

- 使用する 使用しない
 ↳ (使用される場合) 受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報の取得に同意されますか 同意する 同意しない

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、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

【医療情報取得加算】 (初診時) 1点、(再診時: 3月に1回に限り算定) 1点

※各種医療証(公費負担医療受給者証・乳幼児医療費証・介護保険証・特定疾病療養受療証等)は、初診受付へ提出してください。

※この診療申込書に記入された個人情報は、当院における診察目的以外には利用いたしません。

《病院記入欄》

ID		登録者		登録日	年 月 日
選定療養	7,000	免除			