

診療申込書

- ◆次の**太枠内**に必要事項をご記入のうえ、紹介状等と一緒に50番窓口にご提出ください。
- ◆マイナ保険証の方は、中央のマイナ受付機をご利用ください。各種公費受給者証をお持ちの方は、紹介状等と一緒に50番窓口にご提出ください。資格確認書をご利用の方は、資格確認書、紹介状等と一緒に50番窓口にご提出ください。
- ◆初診の際に、医療機関からの紹介状（診療情報提供書）をお持ちでない方は、初診時選定療養費として7,700円（税込）が必要となります。なお、健診機関発行の精密検査依頼書は選定療養費の徴収対象となりますのでご了承ください。
- ◆当院は原則、紹介状や健診機関発行の精密検査依頼書等を持参の方のみの診療としております（※の診療科を除く）。
- ◆患者さんが診療を申し込み病院が受諾することで委任契約が成立しますが、この契約によって、病院には最善の医療を行う義務が課せられる一方、患者さんにも診療費の支払義務などが課せられますので、ご了承ください。

↓記入不要

令和 年 月 日 登録番号 - -

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 受診診療科 (○印を記入) ※以外の診療科は紹介状等が必要でず | 02 ※ 内科 ☆水曜休診 | 04 血液・腫瘍内科 ☆水曜新患休診 (完全予約制) | 05 脳神経内科 | 06 呼吸器内科 (完全予約制) | 07 消化器内科 | 09 循環器内科 | 10 小児科 (小児循環器) ☆水曜検査日 | 11 外科 | 12 整形外科 | 13 乳腺外科 (完全予約制) ☆水・木曜休診 | 15 脳神経外科 ☆月・木曜休診 | 17 総合血管センター 心臓血管外科 | 18 小児外科 ☆水・金曜休診 | 19 形成外科 (完全予約制) ☆水・金曜休診 |
| | 20 皮膚科 ☆火曜休診 | 21 泌尿器科 ☆木・金曜休診 | 24 産婦人科 (完全予約制) | 27 眼科 ☆火・木曜休診 (完全予約制) | 28 耳鼻いんこう科 ☆水曜休診 (完全予約制) | 30 リハビリ科 | 31 放射線科 | 32 麻酔科(休診) | 33 歯科 口腔外科 (休診) | 35 放射線治療科 | 41 リウマチ科 | 42 腎臓内科 ☆水曜新患休診 (完全予約制) | 44 呼吸器外科 ☆火・水・金曜休診 | |

| | |
|-------------------------|---|
| ■今までに当院で診療を受けたことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| ■他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ | はい ・ いいえ |
| ■本日の受診は次の何れかに該当しますか？ | 有 ⇨ 交通事故 ・ 工作中的のケガ ・ 学校内（保育園・幼稚園含）でのケガ 無 生活保護 ・ 他医療機関入院中 ・ 妊娠管理（妊婦健診・分娩） |

| | | | |
|-----------|--|--------------------------------|-------|
| 診療を受けられる方 | フリガナ | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 氏名 | (旧姓：) | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日生 () 歳 平成・令和 | |
| 現住所 | (〒 -) ※マンション、アパート名、号室までご記入ください。 都道 市 区 府県 郡 区 | | |

| | |
|------|---------------------------------------|
| 電話番号 | 第一連絡先 (-) 自宅・携帯 [本人・()] |
| | 第二連絡先 (-) 自宅・携帯 [本人・()] |
| | 勤め先 (-) 会社名 () |
| ★ | かかりつけ医 () ※検診機関からの精密検査依頼書の方はご記入ください。 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------|------|-----|------|------|------|------|----------|--------|-----|-----|-----|-----|
| カード発行 | 選定療養費 | 紹介予約 | 紹介状 | 健管紹介 | 健診結果 | 氏名変更 | 住所変更 | オンライン確認 | 最終来院 | 受付者 | 登録者 | お渡し | 確認者 |
| 済・未・不要 有料・無料・忘 | | | | | | | | OY ON | 年 月 | | | | |

| | |
|------------------------------|----------------------|
| 備考 | 保険証を受け取りました。 (署名) |
| ※保険情報の確認 : 資格確認書 ・ マイナンバーカード | |