

診察申込書

- 紹介状、フィルム、データ CD をお持ちの方は、受付窓口へお出しください。
- 紹介状をお持ちでない方は、選定療養費として 7,700 円 (税込) の保険外負担がかかります。
- 申込書を記入のうえ、保険証、またはマイナンバーカードと一緒に受付窓口へ提出してください。
- 当院では、個人情報保護法に基づき、情報の保全に努めております。詳細は掲示をご覧ください。

※ 太枠の中を記入してください

申込日		年 月 日	
マイナンバーカードを利用されない方へ オンライン資格確認システムにて、患者さまの窓口負担限度額が確認できます。職員による情報取得を希望しない場合には○をつけてください			希望しない
フリガナ			性別
患者氏名			男・女
生年月日	年 月 日	生 歳	
現在の住所	〒 -		
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？		はい ・ いいえ	
緊急連絡先 電話番号 ※緊急時にご連絡することがあります。必ずご記入ください。			
第 1 連絡先	自宅 () -	続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	携帯 () -		<input type="checkbox"/> () (氏名:)
第 2 連絡先	自宅 () -	続柄	(氏名:)
	携帯 () -		

※ 下記に該当する方は項目に○をしてください

1. 工作中的のケガ (通勤中も含む)	2. 交通事故
勤務先名称 ()	連絡先 () -

※ ご希望の診療科に印をつけてください

形成外科	消化器内科	整形外科	泌尿器科	脳神経外科	循環器科	呼吸器外科	外科	消化器外科	脳神経内科	内分泌科	糖尿病・	放射線科	呼吸器外科	乳腺外科	ペインクリ	ニック外科
備考																

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をお願いいたします。

○ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1: 4点 (マイナ保険証 不使用の場合) 加算2: 2点 (マイナ保険証 使用の場合)