✂ キリトリ線

診察申込書

1．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。
2．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。
3．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。
4．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	〒　ー		
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（　）　ー	続柄	□ 本人
	携帯（　）　ー		□（　）（氏名：　）
第 2 連絡先	自宅（　）　ー	続柄	（氏名：　）
	携帯（　）　ー		

※ 下記に該当する方は項目に○をしてください

1．仕事中のケガ（通勤中も含む）	2．交通事故
勤務先名称（　）	連絡先（　）　ー

※ 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	呼吸器内科	消化器外科・外科	脳神経内科	糖尿病・内分泌科	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。

KH20240601-rev.Y-HY

【医療情報取得加算】
・初診時 → 加算1:3点（マイナ保険証不使用）、加算2:1点（マイナ保険証使用）※1カ月に1回
・再診時 → 加算3:2点（マイナ保険証不使用）、加算4:1点（マイナ保険証使用）※3カ月に1回

社会医療法人財団 大和会
東大和病院

✂ キリトリ線