

診察申込書

- 紹介状、フィルム、データCDをお持ちの方は、受付窓口へお出してください。
- 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、「マイナンバーカード」または「資格確認書」、「健康保険証」のいずれかと一緒に受付窓口へ提出してください。マイナンバーカードで資格確認ができない場合は「資格情報のお知らせ」が必要になります。
- 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	□ 本人	
	携帯 ()	—		□ () (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	呼吸器内科	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。

KH20241120-rev.Z-HY

【医療情報取得加算】初診・再診時：1点（再診時は3月に1回に限り算定）

社会医療法人財団 大和会

東大和病院