

診療申込書

*太枠をご記入のうえ、保険証を添えて 総合受付 に提出してください。

ID番号

希望します 筆談

確認事項

・他の医療機関等からの紹介状はありますか

はい

いいえ

・仕事中のケガですか

はい

いいえ

・交通事故ですか（受傷日 月 日）

はい

いいえ

・過去に当院を受診したことはありますか

はい（ 年 月頃）

いいえ

受診を希望される科をお選びください（判断できない場合はその他に気になる箇所ををお書きください）

☐内科（総合内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、腎臓・人工透析内科、内分泌・代謝内科を含む）

☐神経内科（原則予約のみ）

☐物忘れ外来（要予約）

☐脳神経外科

☐脊椎・脊髄疾患外来（火・木・金・土）

☐外科（消化器外科、血管外科、乳腺外科、呼吸器外科、肛門外科を含む）

☐泌尿器科

☐産婦人科（不妊外来を含む）

☐小児科

☐整形外科

☐耳鼻いんこう科

☐眼科

☐皮膚科（月・水・金）

☐その他（ ）

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名	旧姓（ ）	男・女	大正 昭和（ 歳） 平成 令和 年 月 日
フリガナ			
住 所	〒 市 アパート・マンション名		
電 話	自宅（ ）	携帯（ ）	—
勤務先	名称		
	住所	電話（ ）	—

～お読みください～

○他の医療機関等から紹介状を持たずに直接来院された患者さんは、初診にかかわる費用の他に初診時選定療養費として3,300円(税込)を別途徴収させていただきますので、ご了承ください。

※初診時選定療養費とは

①国が病院と診療所の機能分担の推進を図るために定めた制度で、他の保険医療機関から紹介状なしに200床以上の病院を受診された場合、初診料とは別にかかる費用です。

②自費、高齢受給者証・乳児医療・母子医療を使用の患者さんも請求させていただきます。国・愛知県・市（一部）の公費負担医療の患者さん、救急車にて来院された患者さんは対象外です。

※初診とは

①まったく初めてご来院の方

②前回受診日より3カ月以上経過して受診された場合（継続で治療されている方は除きます）

○当院では、患者さんをお名前でお呼び出しすることがございますのでご了承ください。ただし、お名前でのお呼び出しを望まない方は遠慮なく職員にお申し出ください。

○患者さんの診療に関する情報は学会症例発表等に利用させて頂く場合がありますので、ご了承ください。その際、患者さん個人が特定できないよう配慮させていただきます。もし、ご了承いただけない場合には、その旨お申し出ください。