

受付票①（初診）

紹介状 ・ 健診結果 有 ・ 無 

※紹介状・健診結果をお持ちでない方、1年以内に当院に受診のない方は、選定療養費7,700円をご負担いただきます。（厚生労働省より平成30年診療報酬改定において義務化されたため）
ご理解ご協力お願いいたします。

※歯科につきましては歯科に4ヶ月以内に受診のない方は、選定療養費5,500円をご負担いただきます。（1年以内に医科の受診歴があってもかかります）

上記の内容にご了承いただける方はご署名をお願いします。

ご署名 _____ 続柄（ _____ ）

当院に受診されたことがありますか？ はい （診察券番号 _____ ） ・ いいえ

ふ り が な		マル  有・無
患 者 氏 名		
生 年 月 日	(大・昭・平・令) 年 月 日生	
住 所	〒 - 集合住宅名まで記載願います	
電 話 番 号	自宅（ - ） 携帯（ - ）	
希望診療科を ○で囲んで下 さい	・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・代謝内分泌内科・内科・小児科 ・一般外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・心臓血管呼吸器外科 ・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・ペインクリニック ・歯科口腔外科・緩和ケア	
障がい	車イス（日常） ・ 難聴 ・ 目が不自由 ・ （ ）	

※本日の受診に関係がある場合は、○で囲んで下さい。

- ・ 1ヶ月以内の海外渡航歴（渡航先 _____ ・ 渡航期間 / ~ / ）
- ・ 交通事故（自費 ・ 保険証を使う ・ 保険会社から連絡済）
- ・ 労災（会社 _____ 担当 _____ 連絡先 _____ ）
- ・ スポーツ保険
- ・ 生保（市役所担当者 _____ ）
- ・ 自費（保険証を使用しない理由 _____ ）