診 療 申 込 書

【限度額適用認定書について】

受付の際に保険証をもとにオンラインにて限度額適用認定証の確認をさせていただいております。

紹介状 ・ 健診結果　有 ・ 無
< CD－R(レントゲン) 有 ・ 無 >

【初診時選定療養費について】

当院は紹介状受診重点医療機関に指定されております。
＊医科と歯科はそれぞれに選定療養費がかかります。
初診の患者様で、紹介状を持たずに受診される方は、厚生労働省が定める「初診時選定療養費」により初診に係る費用として、別途7，700円(医科)、5，500円(歯科)をご負担いただいております。
同日に2つ以上の診療科を初診で受診される場合には診療科ごとに別途3，300円が負担となります

※再診の方(医科)

再診	＊医科は1年以内の受診歴がある方 ＊歯科は4ケ月以内の受診歴がある方

かかりつけの診療科受診と同日に紹介状なしで初診の診療科を受診される場合には別途7，700円が負担となります。初診の診療科のみを受診される場合には別途3，300円が負担となります。

受診される診療科宛の紹介状・健診結果(医師からの受診指示があるもの)持参の方は選定療養費がかかりません。

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。

署　名　　続柄 (　　)

当院を受診したことはありますか？　はい (診察券番号　　) ・ いいえ

ふ り が な		(旧姓)	マル福
患 者 氏 名			有 ・ 無
生 年 月 日	(大・昭・平・令)　年　月　日 生 (男 ・ 女)		
住　所	〒□□□-□□□□　集合住宅名まで記載願います		
電 話 番 号	自宅 (　－　－　) 本人携帯(　－　－　) 家族・その他連絡先 (　－　－　)氏名(　　)続柄(　　)		
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 ・ 血液内科 ・ 代謝内科 ・ 神経内科 ・ 膠原内科 内科 ・ 外科 ・ 小児科 ・ 耳鼻科 ・ 脳神経外科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 心臓血管外科 泌尿器科 ・ 形成外科 ・ 産婦人科 ・ 眼科 ・ ペイン(麻酔科) ・ 歯科口腔外科 ・ 緩和ケア 紹介状がないと受診できない科がありますのでご了承下さい。		
障 が い	車イス(日常) ・ 難聴 ・ 目が不自由 ・ その他(　　)		

本日の受診に関係がある場合は、○で囲んで下さい。

- 1か月以内に海外渡航歴(渡航先　　・期間　/　～　/
- 交通事故　　・ 労災　　・ 生保
- スポーツ保険 (マル福使用 → 有・無)　・ 自費(保険証使用しない理由　　)