診療申込書兼同意書

紹介状 ・ 健診結果 有 ・ 無	〈CD-R・レントゲンなど〉 有 ・ 無
---------------------	-------------------------

マイナンバーの方は、事前に操作を済ませてください。

1.初診時選定療養費について(当院は紹介受診重点医療機関に指定されています。)

紹介状等を持参せずに受診される場合、厚生労働省が定める「初診時選定療養費」として、診療費とは別に、7,700円(医科)・5,500円(歯科)をご負担いただきます。同日に2つ以上の診療科を初診で受診される場合には、2つ目以降の診療ごとに別途3,300円ご負担いただきます。

2.再診について(医科は1年以内、歯科は4ヶ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、紹介状等持参せずに初診の診療科を受診される場合、診療費とは別に7,700円(医科)、初診の診療科のみ受診される場合は別途3,300円ご負担いただきます。

3.マイナ保険証・オンライン資格確認について

必要に応じて、特定検診情報(特定検診及び高齢者健診等の結果)、薬剤情報(処方されているお薬の情報)、限度額認定証情報等を取得します。

◇医療情報取得加算

初診時 1点 (1回/月) 再診時 1点(1回/3ヶ月)

4.バーコード付き診察券の再発行は¥100かかります。

※紛失したため、再発行希望 あり

令和 年 月 日

★上記1~4の内容について同意します。

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 (- -) 緊急連絡先 (- -) 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 ・ 心臓血管呼吸器外科 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 *整形(手術歴・入院歴がある方、他科再診の方、紹介状の方のみ対応になります) *血液内科・神経内科・膠原病内科・緩和ケア(紹介状+連携室経由で予約が必要です) *ペイン(紹介状が必要ですが予約はいりません。)		
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)