**診　療　申　込　書**

ID:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○ 初めて受診される方のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | 受診日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |  | | | | | | | 性　別 | | | 生年月日 | | | | |
| 受診者  の氏名 | 姓 | | | | | | | 名 | | | | | | | 男・女 | | | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | | | |  |
| 年　　　月　　　日生 | | | | |
| 被保険者名  （保険証の筆頭者） | 姓 | | | | | | | 名 | | | | | | | 受診者  との続柄 | | |  | | | | |
| 住所 | 〒 |  |  |  | | － | | | |  |  |  | |  | |  | | | | | | |
| 都道  府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | 携帯番号① | | | | | | | ( ) -　　　　　　（続柄：　　　　氏名：　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 携帯番号② | | | | | | | ( ) -　　　　　　（続柄：　　　　氏名：　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| ( | ) | | | | | | | ( ) -　　　　　　（続柄：　　　　氏名：　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 【名称】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL (　　　　　)　　　　－　　　　　　　　　　　会社・自営・その他(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望される  診療科  受診を希望される診療科の  □欄にチェックしてください | **□** 整形・脊椎外科 | | | | **□** 小児外科 | | | | | | | | **□** 形成外科 | | | | | | **□** 皮膚科 | | **□** 泌尿器科 | |
| **□** 脳神経外科 | | | | **□** てんかんセンター | | | | | | | | **□** 眼科 | | | | | | **□** 耳鼻いんこう科 | | **□** 産科 | |
| **□** アレルギー・呼吸器科 | | | | **□** 循環器科 | | | | | | | | **□** 腎疾患科 | | | | | | **□** 小児神経科 | | **□** 血液・感染免疫科 | |
| **□** 内分泌・代謝科 | | | | **□** 新生児科 | | | | | | | | **□** 川崎病センター | | | | | | **□** 総合診療科 | | **□** 小児感染免疫科 | |
| **□** 小児歯科 | | | | **□** こころの診療科 | | | | | | | | **□** こどもアレルギーセンター | | | | | | **□** わからない | |  | |
| 診療情報提供書（紹介状）の有無  □欄にチェックしてください | | | | | | | **□** あり | | | | | | | | | | **□** なし(※) | | |  | | |
| * **「診療情報提供書(紹介状)」をお持ちでない方へのお知らせ**   当院では、初診時に**かかりつけの診療所・病院などの診療情報提供書(紹介状)をお持ちではない場合**には、  初診料に加えて**7,700円（歯科は5,500円）**を自費でご負担頂いております。  また、再診料に加えて**非紹介患者再診加算料3,300円（歯科は2,090円）**をご負担頂くことがあります。（令和４年10月1日より）  **是非とも初診の際には診療情報提供書(紹介状)をお持ち下さいますようお願い申し上げます。**  この制度は、厚生労働省の医療制度改革により、診療情報提供書(紹介状)をお持ちの方とのご負担の均衡を  図るために実施されているもので、病床数200床以上の病院で実施されております。  みなさまのご理解をお願いいたします。  上記の内容をお読みいただけましたら、ご署名をお願いいたします。　署名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆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。



（2025.10）