

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。

フリガナ			受診日	令和	年	月	日
受診者の氏名	姓	名	性別	生年月日			
被保険者名 (保険証の筆頭者)	姓	名	男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生
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。



地方独立行政法人福岡市立病院機構
福岡市立こども病院
Fukuoka Children's Hospital

(2025.10)