

# 診療申込書

R4.10.1 改定



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

○ 初めて受診される方のみ記入してください。

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                                   | S・H・R 年 月 日<br>(西暦 年)            |                                   |
| 被保険者名  | 姓  | 名                                 | 受診者との続柄                               |                                  |                                   |
| 住所   | 〒 —  |                                   |                                       |                                  |                                   |
| 連絡先  | ① 続柄 父・母・本人 (1) 携帯・自宅・その他 ( ) -<br>その他 ( ) |                                   | (2) 携帯・自宅・その他 ( ) -                   |                                  |                                   |
|  | ② 続柄 父・母・本人 (1) 携帯・自宅・その他 ( ) -<br>その他 ( ) |                                   | (2) 携帯・自宅・その他 ( ) -                   |                                  |                                   |
| 勤務先  | 【名称】                                       |                                   |                                       | 続柄 ( )                           |                                   |
|  | TEL ( )                                    | —                                 | 自営・会社・その他 ( )                         |                                  |                                   |
| 希望される診療科<br><small>受診を希望される診療科の<br/>□欄にチェックしてください。</small> | <input type="checkbox"/> 整形・脊椎外科           | <input type="checkbox"/> 小児外科     | <input type="checkbox"/> 形成外科         | <input type="checkbox"/> 皮膚科     | <input type="checkbox"/> 泌尿器科     |
|  | <input type="checkbox"/> 脳神経外科             | <input type="checkbox"/> てんかんセンター | <input type="checkbox"/> 眼科           | <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 | <input type="checkbox"/> 産科       |
|  | <input type="checkbox"/> アレルギー・呼吸器科        | <input type="checkbox"/> 循環器科     | <input type="checkbox"/> 腎疾患科         | <input type="checkbox"/> 小児神経科   | <input type="checkbox"/> 血液・感染免疫科 |
|  | <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝科           | <input type="checkbox"/> 新生児科     | <input type="checkbox"/> 川崎病センター      | <input type="checkbox"/> 総合診療科   | <input type="checkbox"/> 小児感染免疫科  |
|  | <input type="checkbox"/> 小児歯科              | <input type="checkbox"/> こころの診療科  | <input type="checkbox"/> こどもアレルギーセンター | <input type="checkbox"/> わからない   |                                   |
| 診療情報提供書(紹介状)の有無<br><small>□欄にチェックしてください。</small>           | <input type="checkbox"/> 文書による紹介           |                                   | <input type="checkbox"/> □頭による紹介      | <input type="checkbox"/> 紹介無し(※) |                                   |

## ※ 「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のでご了承ください。(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： \_\_\_\_\_

## ◆当院の院内感染防止等の対応について

- 患者さん・来院者の方へ手指消毒、マスクの着用をお願いしております。
- 環境消毒については、手指の高頻度接触面と言われるドアノブ・手すり・椅子・スイッチ・タッチパネル・マウス・キーボードなどは定期的に70%アルコールか第4級アンモニウムを用いて清拭消毒し、特に小児が触れる可能性が高い場所は重点的に行っております。
- 患者さんごとに手指消毒を行い、必要な場合は手袋やシールド等を付けて対応いたします。
- 熱がある方は動線を分けて診察をしております。

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意する 【 □欄にチェックしてください 】

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 ・ 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)