

診療申込書

記入例

ID: _____ (病院使用欄)

○ 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 7 年 10 月 1 日
受診者の氏名	姓 子ども	名 花子	性別	生年月日
被保険者名 (保険証の筆頭者)	姓 子ども	名 太郎	男・女	昭和・平成 令和 2 年 5 月 18 日生
住所	〒 813-0021 都道府県 〇〇府 〇〇市〇〇区〇丁目〇-〇 〇〇コーポ 501 号			
連絡先	携帯番号①	(〇〇〇) 〇〇〇〇- 〇〇〇〇 (続柄: 父 氏名: 子ども 太郎)		
	携帯番号②	(〇〇〇) 〇〇〇〇- 〇〇〇〇 (続柄: 母 氏名: 子ども 香子)		
	(母の実家)	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (続柄: 祖母 氏名: 福岡 照子)		
勤務先	【名称】 株式会社 〇〇〇〇〇〇 (続柄: 父)			
	TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 会社 自営・その他()			

希望される診療科 <small>受診を希望される診療科の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 checked="" 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 <small>欄にチェックしてください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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。