

# 診療申込書

ID       -

太枠内の記入をお願いします

年 月 日 申込

フリガナ			(日本以外の方のみ) 国 籍・母国語
患者氏名	氏 名		性別
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	男・女
住 所	〒 ー 市 区・町 郡 村 ※アパート、マンション名・部屋番号もご記入ください。		
連絡先 ※2つ以上 ご記入ください	① 自宅	( ) ー	続柄
	② 携帯	( ) ー	本人・( )
	③ 緊急連絡先	( ) ー	家族 ( ) 勤務先 ( ) その他 ( )
選定療養費 のご案内	<p>当院では、新患または初診の患者さんで、紹介状をお持ちでない方、救急車来院等でない方は、診療費とは別に選定療養費（5,500円 税込）をお支払いいただくこととなります。 【※医科・歯科は各々費用をご負担いただきます。】</p> <p>上記に同意します。 署名 _____</p>		
受診歴	<p>1～4に受診したことがある場合は、該当するものに○印を付けてください。</p> <p>1. 藤田医科大学病院    2. ばんだね病院    3. 七栗記念病院    4. 岡崎医療センター</p>		
情 報	<p>本日の受診で該当するものがある場合は○印を付けてください。 無い場合は記載の必要はありません。</p> <p>1. 交通事故での受傷    2. 工作中的の受傷    3. 他の病院に入院中</p>		
	<p>臓器移植を前提とした臓器提供の意思がありますか。 ※ 記入は自由です。また記入後も意思表示を撤回する事ができます。</p> <p>1. あります    2. わかりません    3. ありません</p>		
	<p>宗教上の理由等により一部の医療行為（輸血等）を拒否する可能性がありますか。 該当するものに○印を付けてください。</p> <p>1. あります    2. ありません</p>		

《事務連絡事項》

受付時間	連絡事項	当日採番 ID ・ 紹介状 ・ CD-R		受付者	確認者
:		住所変更 ・ 保険変更 ・ 電話変更 ・ 氏名変更 (旧姓 )			
診療科	備考	JMIP (宗教 )		藤田医科大学 岡崎医療センター 2020年4月1日版	