

## 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	・
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	性別 男・女
住所	〒 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	( )	続柄 (該当する箇所に、○をつけてください) ※”その他”の場合はお名前もご記入ください。
	② 携帯	( )	本人 その他 (続柄 名前 )
	③ 緊急 連絡先	( )	その他 (続柄 名前 ) 勤務先
選定療養費 のご案内	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 (7,700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。】  上記に同意します。 署名 _____		
受診歴	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。 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		
情報	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。 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		
	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ことができます。 1. あります 2. わかりません 3. ありません		
	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。 1. あります 2. ありません		

## 《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 2022年10月1日版	