

## 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・西暦	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	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。
	携帯	( )	本人 その他(続柄 名前 )
	緊急 連絡先	( )	その他(続柄 名前 ) 勤務先
① 選定療養費 について	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。】		
② 診察券再発行 について	診察券紛失の際は、再発行代として330円(税込)をお支払いいただきます。		
上記①②に同意します。署名 _____			
受診歴	1～3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		
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事ができます。 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	<input type="checkbox"/> 当日採番ID <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> CD-R	受付者	確認者
:		<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 電話変更 <input type="checkbox"/> 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 2023年7月10日版	