

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)
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になります。 【※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。 1. あります 2. ありません		
マイナ保険証 について	マイナ保険証によるオンライン資格確認にて「診療・薬剤情報・健診等」の情報提供に同意いただいた場合、診療情報を取得し活用することが可能となります。当院では診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めていきます。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。 【取得出来る情報】 ・保険資格情報 ・他医療機関における薬の処方歴 ・直近一年間における健診歴(特定健診及び高齢者健診に限る)		

《事務連絡事項》

受付時間	連絡事項 □ 当日採番ID □ 紹介状 □ CD-R □ 住所変更 □ 保険変更 □ 電話変更 □ 氏名変更(旧姓)	受付者	確認者
診療科		備考 JMIP(宗教)	藤田医科大学 岡崎医療センター 2025年2月12日版