

ID

< 必ずお読みください >

当院では、初診時に「紹介状」がない場合は、健康保険法で認められた特別料金（選定療養費）として7,700円（税込）をお支払いいただいております。

太枠内をご記入ください。

フリガナ		性別	(生年月日)	大・昭・平・令	
氏名	フリガナ (旧姓)	男	年	月	日生
		女	(年齢)		才
住所	〒	電話			
		携帯			
第2連絡先	必要時に病院から連絡しても良い番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他(関係) 氏名() 電話() 携帯()				

●受診を希望される診療科に○を付けてください。病状によりご希望以外の診療科での診療となる場合があります。

01	内科(総合内科)	11	小児科	27	血管外科	51	眼科
01	内科(消化器内科)	21	外科	29	形成外科	52	耳鼻いんこう科
01	内科(呼吸器内科)	22	整形外科	31	皮膚科	62	麻酔科
01	内科(糖尿病・内分泌内科)	22	リウマチ科	32	泌尿器科	71	放射線科
02	循環器内科	23	脳神経外科	33	産婦人科	81	歯科口腔外科
03	脳神経内科	25	リハビリテーション科	34	こころの診療科		

●本日の受診についてお尋ねします。

- ①紹介状をお持ちですか。 はい () 医院・病院) いいえ
- ②紹介状以外にCD(情報)等をお持ちですか。 はい いいえ
- ③仕事上のけが、交通事故で受診される方は、お申し出ください。
事故の発生はいつですか。 月 日 前医 あり なし

●この用紙のご記入をもって、以下の内容に同意されたものといたします。 はい いいえ

- 院内掲示されている「診療に伴う同意(「患者さんの責務」等)」について理解したうえで診察・各種検査や処置・投薬等を受けます。
- 別途同意が必要な手術・処置・検査等については、主治医より書面等による説明に同意したうえで治療・診療を受けます。
- 病院内での規則「敷地内禁煙・飲酒・暴言暴力行為・各種ハラスメント行為等を行わない」に従い、違反した場合は診療拒否されても意義申し立てはしません。
- 院内掲示されている「個人情報の取扱いについて」について理解したうえで院外への情報提供に同意します。

登録	確認	保険	1割・2割・3割	本・家	高	小	ひとり親	身障	公費	交通事故	労災	自費	減	限
備考	紹 問 保											①	:	
	CD USB マイ											②	:	
												③	:	

※ご提出いただきました個人情報は医療法に定められた利用目的・提供目的のために利用します。