



日本医科大学武蔵小杉病院
診察申込兼問診票

ID

--	--	--	--	--	--	--	--

申込日：令和 年 月 日

赤枠内は必ず記入して下さい

氏名	フリガナ	性別	生年月日				年齢																									
	姓	名	1 男性 2 女性	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日	歳																								
現住所	〒		電話番号		()																											
	都道府県		区郡市		携帯番号 ()																											
※アパート・マンション名もご記入下さい。																																
その他の連絡先	2ヶ所の連絡先を記入してください																															
	1. 連絡先			2. 連絡先																												
	氏名：	(続柄：)		氏名：	(続柄：)																											
	電話番号：	()		電話番号：	()																											
外来受診科	受診を希望される科に○印をつけて下さい																															
	01 循環器内科	70 呼吸器内科	71 腎臓内科	72 脳神経内科	73 内分秘・糖尿病・動脈硬化内科	74 腫瘍内科	75 リウマチ・膠原病内科	13 消化器外科	87 消化器内科	02 心臓血管外科	78 呼吸器外科	79 乳腺外科	80 内分秘外科	15 脳神経外科	03 整形外科	04 小児科	82 小児外科	83 新生児科	05 眼科	06 女性診療科・産科	07 耳鼻咽喉科	08 皮膚科	09 泌尿器科	18 精神科	11 麻酔科	16 形成外科	17 救命救急科	12 健康管理科	88 総合診療科	91 □腔科(周術期)	93 放射線治療科	94 緩和ケア科

以下の事項をご確認いただき、ご承諾ください。該当項目の□にレ印をつけて下さい。

○申込事由

- 初診登録申込 (当院を初めて受診) 登録変更申込 (氏名・住所・連絡先・保険等の変更)
 新科の申込 (初めて受診する科の申込み) 診察券再発行 (IDカード紛失等による再発行)

○保険について

- 疾病 (病気) : 「健康保険証」をご提示下さい。(高齢者受給者証・公費負担医療券等をお持ちの場合もご提示下さい)
 交通事故 : 原則として「自由診療」の扱いとなります。
 業務上の受傷 : 「所定の労災様式」をご提示いただくまでの期間は「自由診療」の扱いとなります。

○他医療機関からの紹介状 (診療情報提供書) について

- 紹介状あり : 紹介元医療機関名 ()
 紹介状なし : 紹介状をお持ちでない場合、診療費とは別に初診時保険外併用療養費 7,700円 (税込)、再診時保険外併用療養費 3,300円 (税込) をお支払頂きます。
(厚生労働省告示 (病院の初診・再診に関する基準) より)

○時間外・休日における保険外併用療養費について

- 時間外・休日の診療時間以外に受診される方で、医師が緊急性を要しない軽症と判断した場合は、診療費とは別に 7,700円 (税込) のお支払いを頂きます。(厚生労働省告示 (診療時間以外の時間における診療) より)

マイナ保険証による診療情報取得について

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

保険外負担について

保険外負担 (証明書・診断書・紙おむつ代・院内製剤用容器代など)、その数に応じた実費負担が別途かかります。

個人情報の利用目的と保護について

ご提供いただいた個人情報は「患者様へ提供する医療サービスのため」「医療保険事務」「管理運営業務」の目的にのみ利用されるものです。取り扱いについては万全の体制で取り組んでおります。

上記事項に同意します

本人/代理人 氏名 (自署) : _____