

診療申込書

(太枠内をご記入下さい)

◎耳や目が不自由の方は、遠慮なく総合受付までお申し出下さい。

平成		年	月	日	午前・午後		時	分
<input type="checkbox"/>	受診者氏名 Name	フリガナ (旧姓)						
<input type="checkbox"/>	生年月日 Date of birth	明・大 昭・平	年	月	日	歳	age	
<input type="checkbox"/>	性別 Sex	男 male ・ 女 female						
<input type="checkbox"/>	住所 Address	〒 都・道・府・県						
<input type="checkbox"/>	電話番号 Telephon.No	自宅 () 携帯電話 ()						
受診科名 受診される科に○印をつけて下さい。								
	1	2	3	5	6	7	8	9
	内科	小児科	外科 肛門科	脳神経外科	形成外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科
	10	11	12	13	21	22	23	*紹介状*
	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	麻酔科	健康管理 センター	心臓血管 (循環器内科)	有・無
◎下記の質問にお答え下さい。								※ 無の方は裏面を お読み下さい。 →
●今回受診する病気・ケガが 次に該当する場合は○をつけて下さい。				交通事故 ・ 工作中 ・ 通勤途中				
●お薬手帳は本日、お持ちですか？				あり ・ なし				

病院使用欄

保険	保険者番号								資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日	
	記号・番号								有効期限	平成 年 月 日	
公費	負担者番号								開始日	昭和 平成 年 月 日	
	受給者番号								有効期限	平成 年 月 日	
	保険種別	(本人・家族)		健・国・後高(1割・3割)				救・情			
備考								受付番号			
								一般・車・労災・生			
ID								PC担当		主保険 設定	

患者さまへのお願い

当院では、毎月保険証の確認をさせていただいております。
お手数ですが、受診時には1階 5番 保険証確認コーナーにてご提示をお願いします。
また、新規保険証登録や保険証変更の際にコピーをいただきますが予めご了承下さい。

初診時選定療養費の徴収について

当院では、健康保険法の療養担当規則に基づき、他の保険医療機関からの紹介状をお持ちでなく直接来院された患者様は初診料の支払いに加え実費として972円(税込)をご負担いただきます。

これはく初期の治療は地域の医院・診療所・クリニックなどで、高度・専門医療(手術等)は病院(200床以上)で行う>という医療機関の機能分担の推進を目的に厚生労働省より制定された制度です。

当院は病床数260床・24時間救急指定医療機関で入院施設・CT・MRI・鏡視下手術・血管内治療等の入院治療・専門治療を行う病院です。

1. 紹介状(診療情報提供書)とは

健康保険法で定められた書式又はそれに準じた内容の文書による

紹介状が該当し、電話や名刺等の簡易な文書はこれに該当しません。

2. 初診時選定療養費をご負担いただく方

- ① 当院を初めて受診する方で他の保険医療機関からの文書による紹介状をお持ちでない方。
- ② 以前に当院を受診された方でも、その時の治療が終了または任意で中止され、健康保険法による初診料を算定される場合で他の保険医療機関からの文書による紹介状をお持ちでない方。

3. 初診時選定療養費を除外される方

- ① 他の保険医療機関から文書による紹介状をお持ちになられている方。
- ② 救急車等緊急の診療を必要とされる方
- ③ 国の公費負担医療制度及び地方公共団体での特定の疾病または障害等により各種公費負担医療制度の受給をうけている方
- ④ 当院にて継続して診療を受けている方で、新たに他の診療科を受診されている方

受付担当	
------	--

平成27年4月1日
医療法人社団 亮正会
総合高津中央病院