

診察申込書

【再診用】(当院への受診が2回目以降の方)

令和 年 月 日

最初にご回答ください

・本日は紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

※ 「いいえ」と回答された方は、最初に裏面の説明をお読みになり、同意(自筆署名)いただけますよう、お願いいたします。

ふりがな	
患者氏名	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
患者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>

診察を受ける診療科にチェック✓をつけてください

- 内科総合外来 呼吸器内科 腎臓内科 リウマチ・膠原病科
 精神科 脳神経内科 消化器内科 循環器内科 小児科
 外科 整形外科 形成外科 脳神経外科 心臓血管外科
 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科
 放射線科 麻酔科 心療内科 リハビリテーション科
 歯科口腔外科 糖尿病センター 女性総合外来

診察内容 診察 薬 注射 その他

確認事項	住所の変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	電話番号の変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	保険証の変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	診察券の持参を	<input type="checkbox"/> 無くした <input type="checkbox"/> 忘れた
	診察券の再発行(100円+税)が	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

本日、紹介状をお持ちではない患者さんへ 選定療養費(実費定額負担)について

当院は「地域医療支援病院」に指定されております。

そのため、紹介状をお持ちでない方は、本日の受診において、国の推進する医療機能の分化を図る観点から、診療費以外に以下の「選定療養費」を実費定額負担いただきます。

初診時選定療養費 7,700円(税込)

- ・当院で初めて診察を受けるとき
- ・当院での最後の診察から一定の期間がたっているとき、等

または

再診時選定療養費 3,300円(税込)

- ・当院で初めての診療科を受診するとき
(※ 当院他科で定期通院がある方も支払い対象となりますので、ご注意ください)
- ・当院への通院が終了(「治療が終了した」「他院に紹介となった」等)となったが、**患者希望**で当院を再度受診するとき、等

※ 「初診時」「再診時」いずれに該当するかは2番窓口でご案内します。

制度についてご理解いただき、下記同意欄にてご同意いただけますよう、お願いいたします。

上記説明文書の内容を理解し、選定療養費の支払いに同意します。

令和 年 月 日 患者氏名 (自署)

※ 患者自身で署名が困難な場合は、代諾者の署名をお願いします。

代諾者 (自署)