

初診申込書

□	□	—	□	□	□	□	□	—	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

受付者印		登録者印		確認者印	
------	--	------	--	------	--

- ① 保険証・医療証と共に提出してください。
- ② 紹介状をお持ちの方は一緒に提出してください。

※太枠内にご記入ください。

申込年月日(Date of application)		令和 年 月 日	
紹介状 (Letter of introduction)	あり ・ なし	※ 該当者については記載してください 労災事故 ・ 交通事故 ・ 公害 ・ その他	
フリガナ		性別	男 (Male)
名前 (Name)		(Sex)	女 (Female)
生年月日 (Date of birth)	大・昭・平・令 年 月 日 歳	TEL	— —
		携帯 (Cellular phone)	— —
住所 (Address)	〒 □□□ - □□□□		

本日、紹介状をお持ちでない方は「初診時選定療養費」が発生します。

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「初診時選定療養費 7,700円(税込)」をお支払いいただきます。**

制度についてご理解いただき、下記同意欄にて初診時選定療養費支払いに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、初診時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)

代諾者 (自署)

※患者自身の署名が困難な場合は、代諾者にて署名をお願いいたします。

※診療を希望される科に ○ をつけてください。

科コード	診療科	consultations	consultas
1	内科総合外来	Internal medicine	clinica geral
34	呼吸器内科	Respiratory medicine	pulmão
47	腎臓内科	Nephrology	Rim
2	精神科	Psychiatry	psiquiatria
4	脳神経内科	Neurology	neurologia
6	消化器内科	Gastroenterology	gastroenterologia
8	循環器内科	Cardiology	aparelho circulatorio
9	小児科	Pediatrics	pediatria
10	外科	Surgery	cirurgia
11	整形外科	Orthopedics	ortopedia
12	形成外科	Plastic surgery	cirurgia plastica
14	脳神経外科	Neurosurgery	neuro-cirurgia
15	呼吸器外科	Thoracic surgery	peumologia
16	心臓血管科	Cardiovascular surgery	cardlovascular
19	皮膚科	Dermatology	dermatologia
20	泌尿器科	Urology	urologia
23	産婦人科	Obstetrics and gynecology	ginecologia eobstetrica
26	眼科	Ophthalmology	oftalmologia
27	耳鼻科	Otorhinolaryngology	otorrinolaringologia
30	放射線科	Radiology	ragiologia
31	麻酔科	Anesthesiology	anestesia
33	心療内科	Psychosomatic internal medicine	analista
35	リウマチ・膠原病科	Rheumatlogy and collagen vascular diseases	Reumatismo
36	リハビリテーション科	Rehabilitation medicine	fisoterapia
41	歯科口腔外科	Dentistry, Oral and maxillofacial surgery	cirurgia dentiaro
44	糖尿病センター	Diabetes center	diabete centro
51	女性総合外来	—	—

※社会保険・労災の方のみご記入ください。

被保険者勤務先 (Place of employment)	
勤務先住所 (Office address)	〒 □□□ - □□□□ TEL — —