Patient Registration Form・Consent Form

診　察　申　込　書・同　意　書

「診察申し込みにあたってのお願いと確認」を読み、納得したので、同意の上、診察を申込みます。

初診で紹介状（診療情報提供書）を持参していない場合、
特別料金として、**7,700円(課税)**を自己負担することに同意します。

保険対象外（おむつや薬の容器代など）を利用した場合、院内に掲示の料金を支払うことに同意します。

- 障害等があり、病院職員に気を付けてほしい点がありましたら、お書きください。
  （必要事項に○をおつけください）
  (1)　視力に障害がある
  (2)　聴力に障害がある
  (3)　身体に不自由な部分がある（部位：　　）
  (4)　その他、障害に関する事で特に気を付けてほしい点がありましたら、お書きください。

＊状況の変化などあった場合は変更することも可能ですので随時主治医にお伝えください。

病院使用欄	

Signature
■患者さん（保護者）署名

Patient ID 患者番号		Date 申込年月日		／　／ 令和　年　月　日	
Name ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名		性　別 M・F 男・女	Birth day 生年月日 (Age)	／　／ 明・大・昭・平・令 年　月　日（　才）	
Address 現住所	〒	Phone 電話番号	Mobile 連絡先 携　帯	(　)　- 通常、連絡を取れる番号をお書きください。	
			Home 自　宅	(　)　-	

受診を希望される診療科に「○」をつけてください	総合診療科	血液内科	糖尿病・代謝内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	精神科	小児科	呼吸器外科	心臓血管外科	消化器外科	乳腺・内分泌外科	脳神経外科	脳神経内科	整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線治療科	放射線診断・IVR科	救急科

交通事故ですか	はい　・　いいえ	労災ですか	はい　・　いいえ
他の病院や医院からの紹介状をお持ちですか	はい　・　いいえ	他の病院や医院からのﾚﾝﾄｹﾞﾝ写真をお持ちですか	はい　・　いいえ

※　上記項目をご記入の上、マイナンバーカード(保険証)を添えて総合受付②番窓口にご提出ください
※　交通事故・労災などで受診される方は、必ず、窓口にお知らせくださ

☐　マイナ取込

チェック欄

入力者	確認者

令和6年8月1日