外来診療申込書

（申込年月日　　年　　月　　日）

該当する項目に必ず○を付けて下さい。

患者番号	□□□□□□□□－□
フリガナ 氏名	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日　生（　　）歳
住所	〒□□□－□□□□ 都道府県　市区町村
電話	－（　　）－
携帯電話	－　　－

過去一度でも**当院を受診**されましたか。

（ はい ・ いいえ ）

「**紹介状**」をお持ちではございませんか。

（ あり ・ なし ）

1年以内に「**健康診断**」・「**検診**」・「**人間ドック**」を受診しましたか。

（ はい ・ いいえ ）「はい」の方は結果をお持ちですか　**（ あり ・ なし ）**

持参資料　**CD-R**　**フィルム**　**持参なし**

紹介状をお持ちでない方に伺います。

かかりつけ医はいらっしゃいませんか。

※かかりつけ医とは、日常的な診療（慢性疾患に対するお薬の定期的な処方等）や健康管理等を行ってくれる身近な医師のことをいいます（歯科は除く）。

（ あり ・ なし ）　医療機関名

マイナ保険証を利用される方に伺います

マイナ保険証により診療情報等を取得してもよろしいですか。

（ はい ・ いいえ ）

救急車来院	交通事故
労働（職場）・通勤上での事故、ケガ等	
健康診断	公費（生活保護等）
	該当なし

受診を希望される科に ○を付けて下さい。

01	内　科
02	小児科
★小児科を受診する方へ 当院でご出産されたお子さまですか？ （はい・いいえ）	
03	外　科
04	整形外科

05	脳神経外科
07	泌尿器科
09	産婦人科
10	眼　科
11	耳鼻咽喉科
17	呼吸器内科

1. 当院に初めて受診される方・他科に初めて受診される方は太枠内を記入し、①「初めての方」窓口に保険証と一緒にお出し下さい（マイナ保険証を利用される方は窓口でお申し出下さい。）。
2. 保険情報を確認できない方は全額自費になります。なお、自費でのご清算に関するお問い合わせについては、③「計算」窓口の係にお尋ね下さい。
3. 健康診断の書類は後日取りに来ていただくこととなりますのでご了承下さい。
4. 紹介状等をお持ちの場合又はかかりつけ医から紹介状を頂ける場合は、初診時保険外併用療養費（7,700円）が減免されることがありますので、記載をお願いします。

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努めています。
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いたします。