野崎徳洲会病院　診療申込書・問診票

ID〔　　〕

R　年　月　日

1 はじめに太枠内をすべてご記入ください。

フリガナ〔　　〕	年齢〔　　〕男・女
お名前〔　　〕	旧姓〔　　〕
生年月日　：　明・大・昭・平　　年　　月　　日	
住　所　：〒　　－	
電話番号　自宅：　　－　　－	
携帯：　　－　　－	
緊急連絡先：　　－　　－　お名前〔　　〕ご関係〔　　〕	同居 別居

緊急連絡先にご記入の連絡先は、通常の電話番号に繋がらなかった場合や緊急で受診された場合など、当院で連絡を必要と判断した場合に使用します。受診状況により連絡を控えて欲しい場合は受付でお申し出ください。

2 お読みいただき同意の署名をお願いいたします。

他医療機関から紹介状はお持ちですか？（どちらかに○）　持っている　・　持っていない

他医療機関等からの紹介状がない場合は、初診に係る選定療養費として医科7,700円・歯科5,500円、再診料及び外来診療料に係る選定療養費として医科3,300円・歯科2,090円を徴収致します。選定療養費は、地域の医療機関等の機能分担の推進を目的として厚生労働省により制定された定額負担制度です。ただし、公費負担制度をお持ちの方や救急受診の場合はこの限りではありません。歯科・口腔外科と歯科・口腔外科以外の診療科は健康保険上別の取り扱いとなるためそれぞれ初診時選定療養費がかかります。以上の内容を承認し診療の申込みをします。

同意署名：

3 ご希望の診療科と、下記の①～⑦をご記入ください。

□ 内科	□ 整形外科	□ 皮膚科	□ 泌尿器科	□ 形成外科
□ 外科	□ 循環器内科	□ 婦人科	□ 消化器内科	□ わからない
□ 脳神経外科	□ 心臓血管外科	□ 眼科	□ 歯科口腔外科	□ その他（

□診察希望医師（ある方のみ）〔　　Dr〕

① 今回受診された一番の理由をご記入ください。症状や検査・治療の希望など。

（　　）

② 現在、他の医療機関に通院されていますか？

□ いいえ
□ はい（　　）クリニック 医院 病院

③ １年以内に健診（高齢者健診・特定健診）を受診しましたか？

□ いいえ
□ はい
いつ：
指摘事項：

④ 入院・手術を受けたことがありますか？

□ いいえ
□ はい
いつ：
病名：
治療内容：

⑤ 処方されている薬はありますか？

□ いいえ　□ はい（　　）

⑥ アレルギーはありますか？

□ いいえ
□ はい（　　）

⑦ 現在妊娠中、授乳中ですか？

□ いいえ
□ はい（妊娠　　週・授乳中）

4 最後に、マイナ保険証について下記に回答ください。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？　はい　・　いいえ

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。

（初診時）医療情報取得加算　1点　　（再診時）医療情報取得加算　1点