

診療申込書兼誓約書

該当の方は番号に○をつけてください。

■ 本日の受診が次の項目に該当しますか。

1. 労災見込み 2. 交通事故

■ 耳の遠い方、ご不自由な方は、

筆談にて対応致します。

1. 希望します

○ **太枠**の中をご記入後、マイナンバーカード
(健康保険証等)と共に総合受付 初診窓口にご提出ください。

受 診 者	受 診 日	西 暦	年	月	日
	フリガナ				性別
	氏 名				1 男 2 女
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 歳
	住 所	〒			
	連 絡 先	自宅電話	()	—	
携帯電話		()	—		
緊急連絡先 (本人以外)	ご関係 () —				

病院処理欄

入 力	確 認

時 分

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保 紹
ス

マイナンバーカードはお持ちですか？

☐ はい ☐ いいえ

国籍

☐ 日本

☐ その他

宗教上の配慮をご希望ですか？

☐ はい (宗教:) ☐ いいえ

以下の事項に同意の上、ご署名ください...

1. 紹介状をお持ちでない患者さんには、初診時選定療養費 (7,700 円) がかかります。
2. 他の医療機関に紹介を行ったにも関わらず引き続き当院の受診を希望される場合には、再診時選定療養費 (3,300 円) がかかります。
3. 受付時に健康保険証等のコピーをとらせていただきます。
4. マイナンバーカードをご利用の場合、診療情報の取得をいたします。
5. 必要時、他の医療機関から健康情報を入手させていただくことがございます。
6. 院内では、病院の規則及び職員の指示に従っていただきます。

署名 (代理人の場合は本人との関係もご記入ください)

(関係)

※To foreign nationals, Please fill out the back form. 外国籍の方は裏面もご記入ください。

※ To foreign nationals, Please fill out the following form 外国籍の方は下記もご記入ください。

Nationality (国籍)		Native language (使用言語)	
Do you speak Japanese? (日本語)	Yes ・ a little ・ No 話せる ・ 少し話せる ・ 話せない	Other Spoken languages (使用言語)	

※ Emergency Contact in Japan (Those who other than Patient) 日本での緊急連絡先(患者さん以外)

Name (氏名)		Relation (ご関係)	
Phone Number (電話番号)			
Do you speak Japanese? (日本語使用可否)	Yes (話せる) ・ a little (少し話せる) ・ No (話せない)		
①Native Language (母語)	①		
②Other Available Language (他の使用言語)	②		

2023 年 12 月 28 日改訂版