

再診申込書

◎当院を受診されたことのある方は、こちらの用紙を記入のうえ、年 月 日
中央受付(再診)の受付箱に入れてお待ちください。

診察券番号を記入してください

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

本日は予約がありますか

予約あり	予約なし
------	------

該当する場合は、番号に○を付けてください

- | |
|--|
| 1 診察券を忘れた |
| 2 診察券を紛失した【診察券の再発行を希望される方は、スターバックスコーピー右横の自動販売機で診察券(100円)を購入してください】 |
| 3 再診受付機で診察券が読み取れなかった |

氏名・生年月日を記入してください(氏名変更がある方は、旧氏名も記入してください)

フリガナ	フリガナ
氏名	旧氏名
生年月日	年 月 日 年齢 歳 男・女

現住所・連絡先に変更のある方は、変更箇所を記入してください

フリガナ															
現住所	〒														
	都道府県	市郡	区	町											
連絡先	☎ () -	携帯電話		☎ () -											

受診科に○を付けてください	21	総合内科・総合診療科	22	脳神経外科	23	脳神経内科	24	精神科 <small>(予約制)</small>	26	眼科	27	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	28	呼吸器内科	29	呼吸器外科	30	循環器内科	31	心臓血管外科	32	消化器・代謝内科	33	消化器外科	34	移植外科	35	内分泌・糖尿病内科	36	リウマチ・膠原病科	37	乳腺外科	38	小児科
	39	血液内科	40	皮膚科	41	整形外科	42	形成外科	43	麻酔科	44	腎臓内科	45	泌尿器科	46	産科婦人科	47	放射線診断科	48	放射線治療科	49	小児外科	52	がん化学療法科	53	感染症科 <small>(予約制)</small>	54	救急集中治療科	55	リハビリテーション科	56	遺伝子診療科		歯科

記入いただいた個人情報は、診療情報の管理等のため使用します。
なお、詳しくは院内で掲示・配布している「患者さんにかかる個人情報の取扱いについて」をご覧ください。

- 原則として、3ヶ月以上受診がなく、紹介状をお持ちでない方は、診療費とは別に、初診時定額負担額として
医科11,000円(税込)、歯科3,300円(税込)をお支払いいただくこととなります。
- 紹介状をお持ちでない方は、ご希望に沿えない科もございます。
- 他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、自己都合により当院を再度受診する場合は、診療費とは別に、再診時定額負担額として医科2,750円(税込)、歯科1,650円(税込)をお支払いいただくこととなります。

※公費負担医療費制度(原爆被爆者援護法、生活保護法、児童福祉法、更生医療、育成医療、重度障害者医療、特定疾患、小児慢性疾患)の適用を受けられる方及び緊急やむを得ない状況により救急車で搬送された方は、紹介状をお持ちでない場合でも初診時(再診時)定額負担額のご負担の対象とはなりません。

病院記入欄	・氏名変更: 有・無	・紹介状: 有・無	・事故・労災関連: 有・無
		・他院からの画像等: 有・無	
	・診察券発行: 有・無	・定額負担額: 有・無	・他病院入院中: 有・無
	・住所・連絡先変更: 有・無	・保険証: FAX・持参・郵送	・90 有・無 ・高齢受給者証 有・無