

診療申込書

ID

□	□	□	□	□	□	□	-	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

太枠内の記入をお願いします

年 月 日 申込

フリガナ			(日本以外の方のみ) 国 籍・母国語
患者氏名	氏 名		・ 性別
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	男・女
住 所	〒 ー 市 郡 区・町 村 ※アパート、マンション名・部屋番号もご記入ください。		
連絡先 ※2つ以上 ご記入ください	① 自宅	() ー	続柄
	② 携帯	() ー	本人・()
	③ 緊急連絡先	() ー	家族 () 勤務先 () その他 ()
選定療養費 のご案内	当院では、新患または初診の患者さんで、 紹介状をお持ちでない方、救急車来院等でない方は、 診療費とは別に選定療養費（5,500円 税込）をお支払いいただくことになります。 【※医科・歯科は各々費用をご負担いただきます。】 上記に同意します。 署名 _____		
情 報	本日の受診で該当するものがある場合は○印を付けてください。 無い場合は記載の必要はありません。 1. 交通事故での受傷 2. 工作中的の受傷 3. 他の病院に入院中 臓器移植を前提とした臓器提供の意思がありますか。 ※ 記入は自由です。また記入後も意思表示を撤回することができます。 1. あります 2. わかりません 3. ありません 宗教上の理由等により一部の医療行為（輸血等）を拒否する可能性がありますか。 該当するものに○印を付けてください。 1. あります 2. ありません		

《事務連絡事項》

受付時間	連絡事項	当日採番 ID ・ CD-R ・ 住所変更 ・ 保険変更 ・ 電話変更	受付者	確認者
:		氏名変更（旧姓 ） ・ 当院出生ペビー（母ID： ）		
診療科	備考	JMIP（宗教 ）	藤田医科大学病院 2019年10月1日改編	