

# 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			性別	生年月日	
患者氏名	氏	名	男・女	大正・昭和・平成・令和	
				年 月 日	
日本以外の方のみ	国籍		母国語	使用言語	
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	ご記入ください ※異なる番号を 2つ以上	自宅	ー	ー	続柄
		携帯電話	ー	ー	
		家族/ 勤務先	ー	ー	
受診歴	1～4に受診したことがある場合は、該当するものに○印を付けてください。 1. 藤田医科大学病院 2. ばんたね病院 3. 七栗記念病院 4. 岡崎医療センター				
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（7,700円 税込）をお支払いいただくこととなります。 【※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. 仕事での受傷 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 ・ 持込画像 ・ 住所変更 ・ 保険変更 ・ 電話変更 ・ 学園職員	受付者	確認者
:		氏名変更(旧姓 ) ・ 当院出生ベビー(母ID: )		
診療科	備考		藤田医科大学病院	

2022年10月1日改編