診　察　申　込　書　兼　同　意　書

資格確認書等受取サイン

来院時間	:

マイナ	有　・　無

リスト　有・無
CT ・ MRI RI ・ 生検 :　～
TEL
再検
新患・科歴有

一内	呼内	消内	脳内	心内	心外	小児	消外	呼外	小児外	乳外	皮膚	泌尿	腎内	脳外	整形	形成	眼科	耳鼻	緩和	精神	放射	婦人
患者ID									保険別	健保	事故	労災	生保	自費	（　）			安全会	有償	未加入・申請中		

入力者	作成者

■太枠内をご記入下さい。
（網かけ部分は医療機関が記入致します。）

◇　紹介状はありますか。　【　ある　・　ない　】
◇　CD－ROMはありますか。　【　ある　・　ない　】

フリガナ		明治 M 大正 T 昭和 S 平成 H 令和 R	年　月　日生 （満　才　ヶ月）	性別	男：M 女：F
氏　名					

現住所	〒 自宅　（　） 携帯　（　）	【保険証世帯主名】　【続柄】本人・配偶者・子供・他（　）
		勤務先	勤務先名 〒 連絡先電話　（　）

【受付前に必ずお読みください】

「紹介状のない初診」の選定療養費について

当院では、初診時に他の医療機関からの紹介状をお持ちでない場合、選定療養費として保険負担とは別に 7,700円（税込み） をいただいております。

この初診時の選定療養費とは、「 200床以上の病院 （当院は517床） と診療所の医療機能の分担を明確にする」ために設けられた制度です。

・200床以上の病院では専門的な検査や手術、高度な入院治療を担当し、日常の健康管理は診療所等で受診することを進めることが目的です。

・ただし、救急車搬送、一部公費医療、緊急入院等のやむを得ない場合は徴収いたしません。
（厚生労働大臣が定める療養担当規則）

※当院では、地域の診療所（ 歯科含む ）との医療連携を積極的に推進しております。診療所等での診療をご希望の方は、当院の登録医をご紹介させていただきます。 また、他の医療機関で治療中の方は紹介状をお持ちいただければ選定療養費はかかりません。総合受付でご相談ください。

上記、選定療養費の説明内容に同意します。

署名欄 _____

戸田中央総合病院