診療受付申込書　申込日　　年　　月　　日

太枠内をご記入のうえ、保険証・紹介状を添えて①初診受付までお持ちください。

診察券番号　　－　　×	選定療養費説明済		高齢者負担割合 前・後	割

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名	（旧姓：　　）		
生年月日	年　　月　　日生（　　歳）		
住所 電話番号	〒　　－　　都道府県　　区市町村 （アパート・マンション名　　） 電話 固定　　－　　－　　携帯　　－　　－		
患者本人または保険証上の世帯主の勤務先	氏名（本人または世帯主）		左記の方との続柄
	勤務先		
	住所	〒　　－ 電話　　－　　－	
上記以外の連絡先	フリガナ		
	氏名	【患者との続柄　　】	
	住所	〒　　－　　都道府県　　区市町村 （アパート・マンション名　　） 電話 固定　　－　　－　　携帯　　－　　－	

右記で受診の方は該当のものに☑を付けてください	□交通事故　□仕事中の事故（労災・公災） □健康診断　□予防接種／抗体検査
希望する受診科 （受診科が不明な場合は記載不要です）	□内科　□整形外科　□脳神経内科　□皮膚科　□泌尿器科　□眼科 □外科　□産婦人科　□脳神経外科　□小児科　□小児外科　□形成外科 □耳鼻咽喉科　□心臓血管外科　□放射線科　□ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ科 □ﾍﾟｲﾝｸﾘﾆｯｸ科　□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科　□歯科口腔外科　□救急科

診療情報提供書（紹介状）	他院撮影画像（ＣＤ等）	他病院または施設に入院（入所）中	診療予約
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

当院受診歴　□初めて　□前に来た　□不明

◆初診時負担の保険外選定療養費について◆

当院では、他医療機関等からの紹介によらず直接来院された患者さんについては、初診に係る費用として、初診時保険外選定療養費 8,800 円（税込）をいただいておりますので予めご了承ください。

＊診療受付申込書は診療録(カルテ)作成と診療・検査等診療管理を目的としてご記入頂いております。
個人情報に十分配慮し利用させていただきますのでご了承ください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナカード認証
有 ・ 無
診療情報取得の同意
有 ・ 無

帝京大学医学部附属病院