診　察　申　込　書

※太枠内のみ御記入ください。

申込書	年　月　日	ID：	
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和　年　月　日　才
氏　名		性別	男　・　女
現住所	〒(　－　)		
電話番号	(　) －		

他院による紹介状なしに来院された患者さんについては初診時に
医療費とは別に、選定療養費(税込)7,040円を頂いております。

※患者さん自身の希望で本日複数科を受診する場合、追加の選定療養費を頂くこととなります。

(健康保険第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号)

同意する

希望の診療科目(番号)に○印をお付けください。

診療科目	01	02	03	04	05	06	07	09	10	11	12	13	15	18	20	21	51
	内科	小児科	外科	消化器科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻科	センター脳神経外科	腎センター	放射線科	循環器科	神経内科	心療内科	血管外科	歯科

この病院で受診したことがありますか。　有　・　無

診察券をお持ちの方は保険証等とご一緒にご提出ください。

※以下の該当する項目に ☑ を入れてください。

1. 病名告知についておたずねします。
   あなたは、ご自分の病名・病状の告知を希望しますか？
   □わからない（不明）　□希望する　□希望しない　□すでに知っている（告知済）

2. もし、病気が悪性であれば、誰に病名を知らせてほしいですか？
   □自分　□家族（誰に：　）　□知人（誰に：　）　□わからない

3. 移植のために臓器提供の意思はありますか？
   □臓器提供意思表示あり　□臓器提供意思表示なし　□わからない（臓器提供意思不明）

4. 臓器提供意思表示カード、健康保険証、運転免許証、マイナンバーカードなどの意思表示欄に記入されていますか？
   □はい（どこに記載していますか？：　）　□いいえ

以前受診した診療科	科	最終受診年月	年　月
紹介状	有　・　無	レントゲンフィルム・CD-R	有　・　無
来院種別	一般・労災・交通事故・健康診断・その他（検診：乳がん・大腸がん）		
救急車	有　(救急隊　到着時間　：　)　・　無		

備考	受付	入力	確認	病名
(予約：　有　・　無　)				