

## 診療申込書/登録内容変更申込書

<input type="checkbox"/> 診療申込	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更( 1.氏名 2.住所 3.連絡先 )	<input type="checkbox"/> 診察券の再発行(110円)	<input type="checkbox"/> その他( )
-------------------------------	---	--	---------------------------------

診察券(カルテ)番号				受付申込日: 年 月 日	
フリガナ				旧姓	
氏名				性別	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 )			男・女	
現住所	(〒 - )				
第一連絡先 電話番号	※必要時に病院から連絡してもよい番号を記入して下さい 自宅: ( )		※第一連絡先のご関係を記入してください <input type="checkbox"/> 患者本人		
	携帯: ( )		<input type="checkbox"/> 本人以外(氏名: ) (続柄: )		
第二連絡先 電話番号	※第一連絡先が連絡つかない場合の番号を記入して下さい 自宅: ( )		※第二連絡先のご関係を記入してください 氏名( )		
	携帯: ( )		続柄( )		
受診科	1. 内科 7. 脳神経外科 13. 麻酔科 19. 糖尿病内科 2. 外科 8. 形成外科 14. 婦人科 20. 腎臓内科 3. 小児科 9. 泌尿器科 15. 総合診療科 18. 放射線科 4. 循環器内科 10. 眼科 16. 消化器内科 19. その他 5. 心臓血管外科 11. 耳鼻咽喉科 17. 救急総合診療科 ( ) 6. 整形外科 12. 外傷整形外科 18. 脳卒中診療科 ( )				

お読み 頂き を お願 い し ま す	<p>当院では以下の侵襲的な治療ないし検査には個別の同意書を頂きます。 「手術、血管造影、血管内治療、内視鏡、全身麻酔、腰椎麻酔、脊髄硬膜外麻酔、中等度以上の鎮静、抑制、造影剤検査、抗がん剤使用等」を除く、通常の診療行為(診察、看護、投薬、注射、画像検査、採血、採尿、生理学的検査、細菌検査、リハビリ訓練、栄養指導など)に関しては、この診療申込書の記載をもって同意の代わりとさせていただきます。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない(同意しない場合、受けられない治療行為がございます。)</p>
	<p>当院では、診療情報を積極的に患者さまご本人にお知らせし、患者さまにも積極的に診療に参加して頂くことで、より良い医療の提供を目指しております。そのためには患者さまからの正確な情報が必要になります。原則、患者さまから頂いた個人情報をご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、個人情報を院内で規定している場合を除き、許可なく外部の第三者には提供致しません。また当院は患者さまの誤認防止のため、お名前でお呼びしております。ただし、それを望まない場合にはお申し出下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない(同意しない場合、受けられない治療行為がございます。)</p>
	<p><b>*マイナ保険証による情報取得及び限度額認定証取得について*</b></p> <p>当院では、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報取得加算の算定医療機関)です。得られた情報は院内以外で使用することは致しません。また、限度額認定証とは、窓口負担額を所得に応じた限度額にする扱い(高額療養費制度)を受けられるものです。原則、保険証の提示がある場合に限り、オンライン資格確認システムにより情報を閲覧・登録させていただきます。同意いただいた場合であっても、保険者の都合で資格確認できないときにはご自身で手続きをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない</p>
<p><b>*初診時の費用の注意事項*</b></p> <p>※初診の患者様につきましては、初診料とは別に<b>保険外併用療養費(選定療養費)2,200円</b>を初診時に徴収しています。 (紹介状持参の方、その他「徴収料金を求めている患者」を除く)</p>	

※来院された皆様へのサービス向上を目指しております。下記のアンケートにご協力下さい

当院をお選びいただいた理由

<input type="checkbox"/> 1: 他院からの紹介	<input type="checkbox"/> 2: 他徳洲会病院より紹介
<input type="checkbox"/> 3: タウンニュース	<input type="checkbox"/> 4: 折込チラシ
<input type="checkbox"/> 5: 公開医学講座	<input type="checkbox"/> 6: 新聞記事の雑誌
<input type="checkbox"/> 7: テレビ・ラジオ	<input type="checkbox"/> 8: インターネット
<input type="checkbox"/> 9: 友人・知人の紹介	<input type="checkbox"/> 10: 他徳洲会病院通院
<input type="checkbox"/> 11: 救急当番案内	<input type="checkbox"/> 12: 救急車

※病院記入欄

入力者	マイナンバー	保険証	紹介状等	二次健診等
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
確認者	マイナンバー	保険証	紹介状等	二次健診等
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>