

【診察申込書】

受診年月日： 年 月 日

- こちらの申込書は、当院に初めておかけの方のみご記入ください。
- 当院受診が初めてまたは6ヶ月以上受診がない患者さんには、他の医療機関からの紹介状をお持ちでない場合、保険外併用療養費として8,250円（消費税込み）をご負担いただきます。 同意する

受診科の左側の空欄に○印をつけてください

総合診療科	脳神経内科	整形外科・スポーツ診療科	麻酔科・ペインクリニック
循環器内科	小児科・思春期科	脊椎脊髄センター	リハビリテーション科
消化器内科	小児外科・小児泌尿生殖器外科	形成外科	救急科
呼吸器内科	食道・胃外科	皮膚科	睡眠・呼吸障害センター
腎・高血圧内科	大腸・肛門外科	泌尿器科	足の疾患センター
膠原病・リウマチ内科	肝・胆・膵外科	眼科	歯科口腔外科
血液内科	乳腺科	耳鼻咽喉・頭頸科	難病医療支援外来(完全予約制)
糖尿病・内分泌内科	心臓血管外科	放射線科	PRP外来(完全予約制)
腫瘍内科	呼吸器外科	産科	
メンタルクリニック	脳神経外科	婦人科	

★ 他病院からの紹介状または健康診断等の結果はお持ちですか？ はい ・ いいえ
※はいの場合：画像データ（CD-R）持参（あり・なし）

★ 診察の予約はありますか？ はい 時間（ : ） ・ いいえ
医師名（ ）

★ 患者さんご本人は、来院されてますか？（他医療機関にご入院中の場合は係員までお申し出ください。） はい ・ いいえ

- ★ 本日の受診は？
- 診察
- 仕事中のケガ等【(労災・公災)当院が最初の病院ですか？(はい・いいえ)】 交通事故（自賠責・保険使用）
- 健康診断（自費） 予防接種（自費） セカンドオピニオン（自費）

受診者名	(フリガナ)	性別
	(姓) (名)	1男・2女
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 西暦 年 月 日 年齢 歳	
現住所	〒 - - 都道府県	国籍 Nationality
	※アパート・マンション・建物名、号までご記入ください。	<input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 日本以外の国籍 () 国籍をご記入ください
連絡先	日中ご連絡可能な番号をご記入ください。	
	自宅 携帯 勤務先	所有者・続柄等 ()
		登録 確認

当院における個人情報の利用目的については、院内に掲示しその利用目的以外では利用いたしません。

病院使用欄

※登録番号

初診時間診票(外来)

	記載者	本人・家族・医療者	記載日	西暦	年	月	日
ふりがな 氏名		男・女	患者ID番号				
生年月日	西暦	年	月	日	(歳)	

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

【 同意する ・ 同意しない ・ マイナ保険証を持っていない 】

2. 本日、他の医療機関からの紹介状もしくは健康診断の結果を持っていますか？

【 持っている ・ 持っていない 】

※紹介状やCD-ROM等、他の医療機関から受け取っている場合、初診受付または各科受付にご提出ください。
 ※紹介状をお持ちでない場合は、「初診時選定療養費：8,250円」をご負担いただきます。

3. 他の医療機関に通院していますか？

【 している（医療機関名： _____） ・ していない 】

・処方されているお薬はありますか？

【 ある ・ ない 】

・「ある」と答えられた方はお薬名・服用量（1回〇錠など）・何日分処方されているか記載してください。

[_____]

4. この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

【 した（時期： _____年 _____月） ・ していない 】

・「した」と回答した方へ、健診結果で指摘事項はありましたか？

【 あった（指摘内容： _____） ・ なかった 】

5. (※女性の方に質問です) 現在、妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか？

【 ある（妊娠 _____週・不明） ・ ない 】

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

- ・初診時
 - 加算1：6点（マイナ保険証を利用しない場合）
 - 加算2：2点（マイナ保険証を利用し、患者さんの同意を得て当院が診療情報を取得・活用して診療を行った場合）
- ・再診時（月1回）
 - 加算3：2点（マイナ保険証を利用しておらず、問診などで他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を確認した場合）