

診察券をお持ちの方は診察券番号をお書きください

登録番号

0

0

-

-

①～③の太枠内をご記入ください

①下記の文面をご確認ください □にチェックをつけて最後に署名をしてください

- 当院が管理、保存する個人情報、昭和大学の附属病院と共同利用させていただきます。
- 適正な保険診療と保険請求を行うために、保険証の情報を診療録に保存させていただきます。
- 当院ではオンライン資格確認システムを導入しています。必要に応じて審査支払機関又は保険者へ保険証の情報など個人情報を照会させていただきます。
- 当院ではふたり主治医制を推進しています。病状が安定された方など地域のかかりつけ医へ紹介させていただきます連携協力をとっていきます。その際、診療情報提供書の料金が請求されます。
- 下記の条件以外の場合は、選定療養費7,700円（税込）が診療費と別に自費で請求されます。

- 紹介状お持ちの方
- 工作中・通勤途中の傷病の方(労災)
- 交通事故に遭われた方

CD-R、フィルムを持参された方は、診察後に返却させていただきます。ただし、返却を希望されない場合は翌日、受け取りに来られない場合は3ヶ月保管の後、破棄させていただきます。

以上のことに同意します。 患者もしくは身元引受人氏名: 続柄:本人・( )

②受診希望される科に○印をつけてください ※が付いた診療科をご希望の方はお声がけください

01:呼吸器・アレルギー内科	10:産科	22:腎臓内科	36:形成外科
02:呼吸器外科	10:婦人科	23:血液内科	38:耳鼻咽喉科
03:消化器内科	12:小児科	24:腫瘍内科	39:頭頸部腫瘍センター
04:消化器・一般外科	13:小児外科	25:脳神経内科 ※	40:皮膚科
05:食道がんセンター	15:脳神経外科	29:東洋医学科	41:泌尿器科
06:循環器内科	16:救命救急科	32:乳腺外科	42:放射線科
07:心臓血管外科	17:救急診療科	33:整形外科 ※	43:放射線治療科
08:小児循環器内科	20:リウマチ・膠原病内科 ※	34:脊椎外科センター	※ 整形、脳神経内科、リウマチ内科の初診診療は東病院で行う場合もあります。
09:小児心臓血管外科	21:糖尿病・代謝・内分泌内科	35:リハビリテーション科	

③以下の太枠内をご記入ください

お名前	フリガナ (姓)	(名)	性別	男	年齢	歳	保険証をお持ちでない場合は、生年月日をご記入ください。 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和 年 月 日
				女			

現在の居住先  自宅  単身赴任先  施設

ご住所	〒						
		都道府県		市区町村			

自宅	( )	-	本人携帯	( )	-
緊急連絡先1	( )	-	□夫・□妻・□父・□母・□兄・□姉・□弟・□妹・□子・□その他 ( )		
緊急連絡先2	( )	-	□夫・□妻・□父・□母・□兄・□姉・□弟・□妹・□子・□その他 ( )		

以下、事務記入欄

- 院内コンサル・東コンサル
- 新患P t 確認済
- CD-R・フィルム  
【返却・紹介元・破棄】

- 妊婦 (981)
- 出生前検査教室 (981)
- NIPT (981)
- 生保【担当: 】
- 87健診
- セカンドオピニオン (97)
- 乳がん検診 (989)
- 情報提供書1【他院・ 】

教職員 部署:  
(特1)  
内線:  
昭和 (特1) ・ 立正 ・ 明治  
和暦 年 月 日卒業予定

備考	選定療養費算定 可・不可	<input type="checkbox"/> 救急車 (緊1)
	科次回予約 有・無 分散 有・無	受付 保険証 登録 画面確認 続柄確認