

患者様記入欄

診療申込書

平成17年4月1日より個人情報保護法が施行されました。当院の個人情報取り扱いについては、正面玄関掲示板及び冊子(初診記帳台)にてお知らせさせて頂いておりますので確認の上、この診療申込書にご記入下さい。ご記入されたことにより当院個人情報取り扱いに同意されたこととさせていただきます。

①②③の太枠内をご記入ください

①受診される患者さまの氏名・住所・電話番号などをご記入ください。

氏名	フリガナ	性別	生年月日		年齢
		男	大正・昭和		
		女	平成・令和	年 月 日	歳
住所	〒				
自宅電話番号			本人携帯電話番号		
()			()		
緊急連絡先 ※連絡をしてもさしつかえない所をご記入ください(例:家族の携帯、実家、親戚など)					
フリガナ					
Tel ()		《連絡先名称》		《続柄》	

②希望される診療科に○をつけてください

	01	04	06	30	02	12	05	13	03	23	07	14	29	08	10	11	71	72	15	16	17	18	20	21	26
内科	内	血	腎	リウマチ膠原病内科	消化器センター	循環器センター	呼吸器センター	脳神経センター	腫瘍内科	小児科	皮膚科	放射線科	放射線治療科	乳腺科	整形外科	形成外科	産婦人科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	麻酔科	歯科				

③下記の質問にお答えください(分かる範囲でかまいません)

ア. 本日受診科に関する、下記に該当する項目がある場合はレ点をつけてください
[☐ 交通事故 ☐ 仕事中・通勤途中の傷病 ☐ 妊娠している方(予定日 /) ☐ セカンドオピニオン目的]

イ. 当院にて、継続して治療中の診療科が他にありますか? [はい / いいえ]

ウ. イで、「はい」と答えた方で、本日他科にて受診予定はありますか? [はい / いいえ]

エ. 当院の控えとして保険証・医療証のコピーを頂くこと、
「マイナ保険証」をお持ちの方は診療情報の取得・活用にご同意いただけますか? [同意する / 同意しない]

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致します。◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

職員記入欄

								初回・新患	R歴	2重	年 月 日
--	--	--	--	--	--	--	--	-------	----	----	-------

主訴・受診希望理由

主訴・受診希望理由		案内診療科 ()科 対応者 外来受入可・否	
当院にて継続治療 有・無 紹介状有り 選定療養費説明 済・不要 □ 保険変更 □ 負担割合変更 最終来院日 年 月 日 最終保険確認日 年 月 日 □ 住所変更 □ 電話番号変更 □ 第2連絡先変更 () □ 氏名変更 (旧姓) 北部病院受診歴 有・無 北部病院 ID	職員チェック欄		□ 外来受入れ連絡あり □ 外来受入れ確認済 □ 総合受付に受診科確認済み □ 紹介予約あり □ 外来予約あり(里帰り枠含) □ 指定医・専門医・専門外来以外の受診了承済み □ 外来担当医以外の受診了承済み □ 待ち時間了承済み □ 発行日より3ヶ月以上経過の紹介状持参 →選定療養費説明済み □ 他医療機関宛て・当院希望 □ 開封済みの紹介状持参 □ 受付時紹介状開封 □ 返信用紙有 □ 返信封筒有
	CT・MR ※初診料算定時のみ算定可	医療機関より	
	レントゲン(頭部・胸部・腹部・脊椎)	昭和大学系列医療機関より	
	レントゲン(乳房撮影)	昭和大学系列学生	
	レントゲン(上記以外の部位)	1歳6ヶ月、3歳児、町田市精密健診	
	レントゲン(特殊撮影)※パノトモグラフィー・断層撮影	横浜市立腎三次検診	
	スポット撮影・動態撮影・重複撮影フィルム持参時算定	横浜市立心臓病二次検診	
	レントゲン(造影剤使用撮影)	再診(紹介状有り、同一疾病・医師)	
	心電図検査の診断料	救急車にて来院	
	負荷心電図の診断料	日本体育大学学生	
内視鏡診断料	提携協力校()		
脳波検査の診断料	当院職員(特1)		
CD-R ※要返却時→□			
その他()			
メモ欄			
法別番号		コメント	リハビリ他科依頼
□12 □Z1 □Z5 □Z0 □K0 □81なし ()			□ 本人控なし・レポート確認済
受付時間	:	受付	返却
加算渡し時間	:	当日入力登録有	基本情報 保険情報

※指差し確認必須!!