



日本医科大学武蔵小杉病院  
診察申込用紙

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申込日：令和 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	生年月日			年齢																								
	姓 名	1 男性 2 女性	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日 歳																								
現住所	〒 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														電話番号 ( )		携帯番号 ( )													
都道府県		区市		※アパート・マンション名もご記入下さい																										
その他の連絡先	(1 勤務先・2 連絡先)		電話番号 ( )																											
	名称または氏名： 〒 _____		都道府県		区市																									
外来受診科	受診を希望される科に○印をつけて下さい																													
	70 呼吸器内科	74 腫瘍内科	01 循環器内科	72 脳神経内科	71 腎臓内科	73 内分泌・糖尿病・動脈硬化内科	75 リウマチ・膠原病内科	87 消化器内科	13 消化器外科	02 心臓血管外科	78 呼吸器外科	79 乳腺外科	80 内分泌外科	15 脳神経外科	03 整形外科	04 小児科	83 新生児科	82 小児外科	05 眼科	06 女性診療科・産科	07 耳鼻咽喉科	08 皮膚科	09 泌尿器科	10 放射線科	85 血管内・低侵襲治療センター	18 精神科	11 麻酔科	16 形成外科	17 救命救急センター	88 総合診療科

以下の事項をご確認いただき、ご承諾ください。該当項目の口にし印をつけて下さい。

○申込事由

- 初診登録申込 (当院を初めて受診)       登録変更申込 (氏名・住所・連絡先・保険等の変更)
- 新科の申込 (初めて受診する科の申込み)       診察券再発行 (IDカード紛失等による再発行)

○保険について

- 疾病 (病気) : 「健康保険証」をご提示下さい。(高齢者受給者証・公費負担医療券等をお持ちの場合もご提示下さい)
- 交通事故 : 原則として「自由診療」の扱いとなります。
- 業務上の受傷 : 「所定の労災様式」をご提示いただくまでの期間は「自由診療」の扱いとなります。

○他医療機関からの紹介状 (診療情報提供書) について

- 紹介状あり : 紹介元医療機関名 ( )
- 紹介状なし : 紹介状をお持ちでない場合、初診時特別料金4,320円 (税込)をお支払い頂きます。  
※選定療養費

○保険外負担について

保険外負担 (証明書・診断書・紙おむつ代など)、その数に応じた実費負担が別途かかります。

○個人情報の利用目的と保護について

ご提供いただいた個人情報は「患者様へ提供する医療サービスのため」「医療保険事務」「管理運営業務」の目的にのみ利用されるものです。取り扱いについては万全の体制で取り組んでおります。

※事務記載欄

受診履歴					