那須赤十字病院診療申込書

那須赤十字病院長　様

申込日付　　年　　月　　日

私は、以下の注意事項を承諾し、署名のうえ診療を申し込みます。

注意事項

※ 注意事項をお読みいただいたら、左側の□に✓を入れて下さい。

□ 当院は地域の医療機関（かかりつけ医)との連携により診療しており、紹介元の求めにより診療状況を文書で提供する(診療費として連携強化診療情報提供料(150 点)をご負担いただきます)場合があります。

□ 予約診療を行っており、予約をとられた紹介の方を優先しております。

□ 初診時に紹介状をお持ちでない場合(緊急での手術･入院が必要な場合を除く)、診療費とは別に選定療養費(7,700 円)をご負担いただきます。

□ 当院での診療終了後は紹介元の医療機関へお戻りいただくか、地域の医療機関を紹介いたしますが、その際当院での診療継続を希望される場合は、受診(緊急での手術･入院が必要な場合を除く)のたびに診療費とは別に選定療養費(3,300 円)をご負担いただきます。

□ 当院の救命救急センターでは、受診歴にかかわらず重症度や緊急性の高い方を優先して診療しております。場合によっては他の医療機関をご案内することがあり、また紹介状をお持ちでなく軽症の場合、診療費とは別に選定療養費(11,000 円)をご負担いただきます。

□ 当院では、臨床倫理指針、個人情報保護方針、患者の権利と責務(院内掲示・ホームページ参照)等にもとづき診療しております。

フ　リ　ガ　ナ　：

患者氏名(署名)：　　性　別　：　□男　□女

生年月日：□大 □昭 □平 □令　　年　　月　　日生　　歳

〒　　－　　※ マンション･アパート名(部屋番号)までご記入ください。

住　所　：

電話番号：(自宅)　　－　　－　　(携帯)　　－　　－

職　業　　※ 該当するものに✓を入れて下さい。

□会社員 □公務員 □団体職員 □自営業 □農林水産業 □ﾊﾟｰﾄ･ｱﾙﾊﾞｲﾄ □学生 □無職

受診希望科　　※ 救急外来受診時は不要です

□ 内科	□ 小児科	□ 外科	□ 整形外科	□ 形成外科
□ 脳神経外科	□ 腎泌尿器外科	□ 産婦人科	□ 眼科	□ 耳鼻咽喉科
□ 放射線科	□ 歯科口腔外科	□ その他（　　）		

※以上を代筆した場合右側を記入（記入者氏名：　　（続柄：　　））

緊急連絡先(必須)　※ 治療中に具合が悪くなられた場合等の緊急連絡先(受診される方以外)です。

ﾌﾘｶﾞﾅ：

氏　名　：　　続柄：　　☎　　－　　－

〒　　－　　※ 同上の場合は下記に〇をつけて下さい。

住　所　：　同　上　・

患者番号（病院記載）：

備　　考（病院記載）：マイナ保険証利用 □ ・ オン資確認同意済 □　※該当時にチェック

2026.09.01 作成 Ver.9.0 医事課