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。

□ 当院では地域の医療機関（かかりつけ医）との連携のもと診療を行っております。

□ 予約診療を行っており、予約を取られた紹介の方を優先しております。

□ 初診時（救急を除く）に紹介状をお持ちでない場合、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。

□ 当院での診療が終了しましたら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。紹介のご案内後も、引き続き当院での診療を希望される場合は、受診（救急を除く）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

記入者氏名(※代筆の場合)：　　(続柄：　　)

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)　　－　　－

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　□ 泌尿器科　□ 産婦人科　□ 眼科　□ 耳鼻咽喉科
□ 放射線科　□ 歯科口腔外科　□ その他（　　）

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

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

2024.02.01 作成 Ver.6 医事課