

※記載の前に裏面をお読みください※

# 初診診察申込書

## First visit application

20 年 月 日 ID No.

太線の中だけご記入ください。保険証をお持ちの方は一緒にお出しくください。

患者様名 Patient name	ふりがな Phonetic				性 別 Sex
					男・女 Man Female
生年月日 Date of birth	明・大 昭・平 令	年 Year	月 Month	日 Day	年 齢 Age 歳 Years old
現 住 所 Address	〒 -				
	固定電話 Phone number			携帯電話 Cell Phone number	
その他住所 Second address	〒 -				
	固定電話 Phone number			携帯電話 Cell Phone number	
施 設 名 or 氏 名 Attendant				続 柄 Relationship	
ケガの場合 In case of injury	交通事故・勤務中・その他( ) Traffic accident Commuting Other reason				

東戸塚記念病院では、お預りした個人情報を適切に管理し、法令に定められている場合、及び本人の同意がある場合を除き、保有する個人情報を第三者に提供しません。

# 初診の患者様へ

## 保険外併用療養費における同意書

直接当院に来院された患者様については、初診に係わる費用として『3,300円(税込)』をお支払いいただくこととなります。なお、他の保険医療機関等からの紹介状（診療情報提供書）をお持ちの患者様は、3,300円をお支払いいただく必要はありません。

### 1. 紹介状（診療情報提供書）とは

文書による紹介状が該当し、名刺等の簡単な文書はこれに該当いたしません。

### 2. 3,300円のお支払いいただく患者様（紹介状をお持ちでなく初診に該当する場合）

- ① 上記1.の紹介状をお持ちでない場合。
- ② 過去に当院で受診されていた患者様が任意に診療を中止し、新たに初診の適用を受けた場合。
- ③ 過去に受診された病気が治癒し別の病気又は同じ病気で受診する場合。
- ④ 乳幼児医療証、ひとり親医療証をお持ちの患者様で初診で受診する場合

### 3. 紹介状がなくても3,300円をお支払いいただく必要のない患者様

- ① 救急患者等の緊急による初診の場合。
- ② 下記の保険をお持ちの患者様。

〔生保(特診を含む)・原爆医療・特定疾患・心身障害者医療(神奈川県)〕

上記説明文を理解し、支払に同意します。

署名 \_\_\_\_\_

⇒表面の診療申込書をご記入下さい。診療の準備を致します。