診療受付申込書

確認者	

※項目ご記入の上、保険証、医療受給証等を添えて受付までお持ち下さい。
※紹介状をお持ちの場合は、診療受付申込書とあわせて係員までお出し下さい。

ＩＤ		申込日　　年　　月　　日		
フリガナ			性別	国籍
氏名			男・女	
生年月日	（明・大・昭・平・令）　　年　　月　　日生（　　歳）			
現住所	〒　　―			
	電話番号	－　　－	携帯番号	－　　－
緊急連絡先	名称又は氏名		続柄	
	〒　　―			
	電話番号	－　　－	携帯番号	－　　－
希望される診療科	□ 内科　□ 循環器科　□ 消化器内科　□ 糖尿病内科　□ 乳腺外科			
	□ 呼吸器科　□ 外科　□ 婦人科　□ 心臓血管外科　□ リハビリ科			
	□ 眼科　□ 整形外科　□ 小児科　□ 緩和ケア内科　□ 脳神経外科			
	□ 泌尿器科　□ 皮膚科　□ 耳鼻咽喉科　□ 神経内科　□ 画像・検査　紹介			

《　個人情報保護方針について　》

1. 当院では、「個人情報保護に関する法令」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス（平成29年5月30日施行 改正個人情報保護法）」を遵守し、個人の人格尊重の理念の下、業務上必要な範囲に限り患者様同意のもと個人情報を収集、利用致します。
2. 患者様よりご提供頂きました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏洩等が起こらないよう適切管理を徹底いたします。
3. 個人情報保護の仕組みを継続的に改善出来るよう、職員一同取り組んでまいります。

別紙の《 個人情報保護方針 》上記事項をお読み頂き、同意の可否について ○ をして下さい。

同意します　・　同意しません

《　初診時保険外併用療養費について　》

令和6年4月より、他保険医療機関等からの紹介によらず、直接来院された患者様の初診に係る費用として、**初診時保険外併用療養費4,400円（税込）**を頂いております。

但し、緊急その他やむを得ない事情により紹介によらず来院した場合は、この限りではありません。

詳しくは1階受付窓口までお問い合わせください。

《 初診時保険外併用療養費について 》上記事項をお読み頂き、同意の可否について ○ をして下さい。

同意します　・　同意しません

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いたします。

◆医療情報取得（初診時）加算1　　3点（マイナ保険証を利用しない場合）
◆医療情報取得（初診時）加算2　　1点（マイナ保険証を利用した場合）

医療法人徳洲会 千葉徳洲会病院