

# 診療受付申込書 兼 同意書

受取	受付	入力確認

(初めて当院にかかる方) (内容変更や追加のある方) (1年以上受診歴のない方)

↓ お読みになりましたらを入れてください

<input type="checkbox"/> ① <<個人情報保護方針>> 1 当院は、医療サービス提供に必要な範囲において皆様の個人情報を収集し、患者様の同意のもと利用・提供を行ってまいります。 2 ご提供頂きました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏えいが起こらないよう適切な管理を徹底してまいります。 3 個人情報に関する法令及びその他ガイドラインを遵守してまいります。 4 個人情報保護の仕組みを継続的に改善できるよう、職員一同取り組んでまいります。 5 患者のプライバシーを遵守し研鑽、研修に励んでまいります。 「個人情報の取り扱いについて」の詳細につきましては掲示をご確認いただき、この申込書への署名をもって、同意されたものとさせていただきます。		
<input type="checkbox"/> ② 当院では、下記に該当される患者様に、通常の医療費とは別に選定療養費をいただいております。ただし、緊急その他やむを得ない事情により来院した場合にあっては、この限りではありません。		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"> <b>初診時選定療養費</b>                      ・初診時に、他医療機関からの紹介状を持参せずに受診される場合  <b>7,700円 (税込)</b> </td> <td style="text-align: center;"> <b>再診時選定療養費</b>                      ・当院から他の医療機関への紹介を申し出たにも関わらず患者様の希望により引き続き当院を受診される場合  <b>3,300円 (税込)</b> </td> </tr> </table>	<b>初診時選定療養費</b> ・初診時に、他医療機関からの紹介状を持参せずに受診される場合 <b>7,700円 (税込)</b>	<b>再診時選定療養費</b> ・当院から他の医療機関への紹介を申し出たにも関わらず患者様の希望により引き続き当院を受診される場合 <b>3,300円 (税込)</b>
<b>初診時選定療養費</b> ・初診時に、他医療機関からの紹介状を持参せずに受診される場合 <b>7,700円 (税込)</b>	<b>再診時選定療養費</b> ・当院から他の医療機関への紹介を申し出たにも関わらず患者様の希望により引き続き当院を受診される場合 <b>3,300円 (税込)</b>	
<input type="checkbox"/> ③ <<当院では以下の『 』内の侵襲的な治療ないし検査・処置においては個別の同意書をいただきます>> 『手術、血管造影、血管内治療、内視鏡術等、全身・腰椎麻酔等、鎮静、抑制、造影剤検査、抗癌剤使用』 上記以外の通常の診療行為(診察、投薬、侵襲の少ない各所検査等)に関しましては、この申込書への署名をもって、同意されたものとさせていただきます。		
<input type="checkbox"/> ④ 当院は教育病院であり、診療において研修医、診療看護師、特定行為研修中の看護師、研修中の有資格者、実習生などが参加することがあります。ご理解とご協力をお願いいたします。		
上記項目および当院における運営基本方針を理解した上で、診察、投薬、各種検査に同意いたします。 年 月 日  患者様氏名 : _____ 代理人氏名 : _____ (続柄 : _____)		

登録番号(下6桁)			記入日	年	月	日
フリガナ			旧姓	国籍		
氏名						
生年月日	(大・昭・平・令)	年	月	日生(	歳)	性別 : 男・女
現住所	〒 _____					
電話番号	※必要時病院より連絡してもよい番号をご記入ください					
	TEL:		携帯:			
緊急連絡先	名称又は氏名		続柄			
	〒	_____				
希望される診療科	TEL:		携帯:			
	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 画像・検査 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン					