

新 紹 科 外 昭和大学病院 診療申込書

令和 年 月 日

診察券をお持ちの方はこちらに診察券の番号をお書きください

登録番号 〇 〇 -

①～③の太枠内をご記入ください

①下記の文面をご確認ください □にチェックをつけて最後に署名をしてください

- 当院が管理、保存する個人情報、昭和大学病院附属東病院と共同利用させていただきます。
- 適正な保険診療と保険請求を行うために、保険証の情報を診療録に保存させていただきます。
- 当院ではふたり主治医制を推進しています。病状が安定された方など地域のかかりつけ医へ紹介させていただきます連携協力をとっていきます。その際、診療情報提供書の料金が請求されます。
- 下記の条件以外の場合は、選定療養費5,500円（税込）が診療費と別に自費で請求されます。

- 紹介状お持ちの方 工作中・通勤途中の傷病の方(労災) 交通事故に遭われた方

CD-R、フィルムを持参された方は、診察後に返却させていただきます。ただし、返却を希望されない場合は翌日、受け取りに来られない場合は3ヶ月保管の後、破棄させていただきます。

以上のことに同意します。 患者もしくは身元引受人氏名: 続柄:本人・()

②受診希望される科に○印をつけてください

01	呼吸器・アレルギー内科	02	呼吸器外科	10	産科	10	婦人科
03	消化器内科	04	消化器・一般外科	05	食道外科	21	糖尿病・代謝・内分泌内科
06	循環器内科	07	心臓血管外科	08	小児循環器内科	09	小児心臓血管外科
25	脳神経内科	15	脳神経外科	12	小児科	13	小児外科
20	リウマチ・膠原病内科	22	腎臓内科	23	血液内科	24	腫瘍内科
33	整形外科	41	泌尿器科	29	東洋医学科	32	乳腺外科
34	脊椎外科センター	38	耳鼻咽喉科	39	頭頸部腫瘍センター	36	形成外科
35	リハビリテーション科	42	放射線科	43	放射線治療科	40	皮膚科
16	救命救急科	17	救急診療科				

③以下の太枠内をご記入ください

お名前 フリガナ (姓) (名) 性別 男 女 年齢 歳 保険証をお持ちでない場合は、生年月日のご記入をお願いします。

現在の居住先 自宅 単身赴任先 施設

ご住所 〒 都道府県 市区町村

自宅 () - 本人携帯 () -

緊急連絡先1 () - 夫 妻 父 母 兄 姉 弟 妹 子 その他 ()

緊急連絡先2 () - 夫 妻 父 母 兄 姉 弟 妹 子 その他 ()

以下、事務記入欄

院内コンサル・東コンサル 妊婦 (981) セカンドオピニオン (97)

新患 P t 確認済 出生前検査教室 (981) 乳がん検診 (989)

CD-R・フィルム N I P T (981) 情報提供書1【他院・】

【返却・紹介元・破棄】 生保【担当:】 87健診

教職員 部署: (特1) 内線: 昭和 (特1) ・ 立正 ・ 明治

和暦 年 月 日 卒業予定

選定療養費算定 可・不可 救急車 (緊1)

備考	科次回予約分散 有・無 有・無	受付	保険証	登録	画面確認	続柄確認
----	-----------------	----	-----	----	------	------