

# 紹介患者用 REGISTRATION FORM 【診療申込書】

--	--	--

紹介患者受付時間

時	分
---	---

- 保険診療の方は、健康保険証、限度額認定証、各種医療受給者証をご提示ください。
- 自由診療・交通事故・労災・第三者行為・健康診断で受診される方は、運転免許証又はパスポート、マイナンバーカード等写真付きの身分証明書をご提示ください。(コピーをさせていただく場合があります。)

《太枠内をご記入ください。》

★ 当院での受診は初めてですか? Is this your first visit?	はい YES	いいえ NO
★ 受付時保険証(もしくは身分証明証等)をコピーさせていただきます。 May I copy a health insurance card and ID?	同意する YES	同意しない NO
受診者氏名 Name / of Patient	フリガナ (姓 / Last Name)	旧姓 (名 / First Name)
生年月日 Date Of Birth	1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令 年 Y 月 M 日 D	年齢 Age 満 歳
現住所 Address in Japan	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]	
緊急連絡先 (本人以外) Emergency contact in Japan	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ] 氏名 続柄	
★ 本日の受診は? 該当する項目に☑をしてください。以下の項目以外の方は、初診窓口にお申し出ください。		
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 健康診断(自費) <input type="checkbox"/> 予防接種(自費) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 交通事故の怪我 <input type="checkbox"/> 工作中的の怪我 <input type="checkbox"/> 通勤中の怪我 <input type="checkbox"/> 第3者からの怪我(自費)		
★ 紹介状をお持ちでない場合は、初診時選定療養費 7,000円 + 消費税 をご負担いただきます。 <b>同意する(YES)</b>		
If you do not have a referral, you are required to pay "7,000 yen + tax as special medical care coverage" in addition to the consultation fee.		

◎ご記入いただいた現住所、電話番号(携帯)、緊急連絡先は、病院からの郵送物がある場合の送付先、必要時に病院から連絡しても良い番号として登録させていただきます。

◎保険証をご提示頂けない場合は、自費診療となりますのでご了承ください。

If you do not have a health insurance card you have to pay all the medical cost by yourself.

以下病院記入欄

受診科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓高血圧内科	代謝内分泌内科	脳神経内科	血液内科	リウマチ内科	総合診療内科	腫瘍内科
	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
	神経精神科	小児科 新生児科	消化器一般外科	心臓血管外科	呼吸器外科	乳腺内分泌外科	小児外科	脳神経外科	リハビリ科	放射線IVR科
	04	05	51	54	55	56	21	19	22	24
	整形外科	形成外科	皮膚科	腎泌尿器外科	産科 婦人科	眼科	耳鼻咽喉頭頸部外科	放射線治療科	麻酔科	健康診断センター
09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	40

保 険	受 付 力	入 力	確 認	<input type="checkbox"/> 選定療養費説明 <input type="checkbox"/> 明治大学学生
--------	-------------	--------	--------	---