

# 診療申込書

年 月 日

太枠内を記入してください

ID

フリガナ					性別 男 女
氏名					
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)				
住所	〒				
連絡先	携帯電話	— —	自宅	— —	
緊急時等 連絡先	フリガナ			続柄	
	氏名				
	携帯電話	— —	自宅	— —	

## 〈個人情報の収集と利用及び提供についてのお知らせ〉

- ご来院される皆さまに、安全でご安心いただける適切な医療サービスを行うために、患者さまの個人情報を提供していただきます。
- 個人情報は、患者さまの治療や医療保険事務、入退院管理、会計などの管理運営業務に利用させていただきます。
- 必要な呼び出しは、お名前を氏名（フルネーム）でお呼びする場合があります。（患者さまやそのご家族さまを含みます）
- お電話による診療のお問い合わせには原則お答えいたしません。
- 必要に応じて、ご家族さまへ病状についての説明をさせていただく場合があります。
- 提供いただいた個人情報は、別にお申し付けのない限り、関係施設間にて安全でご安心いただける適切な医療サービスの提供を行うために、共通して利用させていただく場合があります。
- その他の詳しい事項は、当院の個人情報に関する基本指針をご覧ください。

## 〈地域医療支援病院（400床以上）の初診及び再診時の特別料金について〉

当院では医療機関等からの紹介状を持参せずに受診された場合、健康保険法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能分担及び業務の連携のための措置として厚生労働大臣より告示に基づき、初診時及び※再診時に選定療養費（保険適用外）として診療費とは別に費用を徴収させていただいております。

※再診時について

他の医療機関へ紹介を行う旨の申し出を受けたにもかかわらず、引き続き当院を紹介状なしに再受診された場合。

上記内容を確認し、同意いたします。

同意者

続柄 ( )