

診療申込書

令和 年 月 日

診療にあたり、下記の情報を提供します。

太枠線の中のご記入をお願いします。

ID:

診療を受けられる方	フリガナ				男・女	生年月日	明・大・昭・平・令			
	氏名	(旧姓)					年 月 日 () 歳			
	住所	(〒 -)			※マンション、アパート名、号室までご記入ください					
	保護者	※受診者が未成年の場合にご記入ください 氏名 続柄 TEL () -								
電話番号	自宅	() -			その他連絡先	氏名 続柄				
	患者携帯	() -				TEL () -				

当院を受診されたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
他病院からの紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒右の場合選定療養費7,700円をご負担いただきます。	
該当するものがあれば ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 交通事故（通勤中） <input type="checkbox"/> 交通事故（通勤中以外）	
	<input type="checkbox"/> 労災（工作中的のケガ）	会社名 担当者 TEL - -
	<input type="checkbox"/> 学校（保育園・幼稚園含む）でのケガ	
(女性の方) 妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ↓ (紹介状なしかつ産婦人科初診の場合) 選定療養費7,000円をご負担いただきます。	

※病院使用欄

受診科	01	02	03	04	06	07	09	10	11	12	13	14	15	16	18	19	21	25	27	28	29
	総合内科	代謝	血腫	腎臓	感染	脳神内	呼吸器	消化器	循環器	小児循	精神科	小児科	新生児	乳腺外科	呼吸外	小児外	整形	脳外	児心外	皮膚科	泌尿器
	30	31	32	33	34	35	36	37	47	50	59										
	産科	婦人科	産婦人科	眼科	耳鼻咽	放射線	麻酔科	消外科	救急診	歯科口腔	女性専	健康診断	船員健診	助産師							

保険証返却確認	受け取りのサインをお願いします
	<input type="checkbox"/> 保険証忘れ <input type="checkbox"/> 保険証手続中

熊本市立熊本市民病院自費料金同意書

この同意書は、下記の物品の使用や保険適用外の検査の実施等にあたり、患者さんへ事前に確認するための書類です。

本書類に同意いただいた場合も、実施又は使用時は都度患者さんに口頭で確認のうえ、使用します。

下記表は主な自費料金です。その他の自費料金は院内の掲示をご覧くださいか職員へお尋ねください。

【共通】			
項目	料金	項目	料金
診察券再発行料	100円	紙おむつ（テープ式おむつ）（M）1枚	160円
セカンドオピニオン相談料（30分）	7,850円	紙おむつ（テープ式おむつ）（L）1枚	180円
持ち帰り衛生材料	償還価格等に準じる	紙おむつ（フラットタイプ）1枚	30円
自費検査	検査ごとに異なる	紙おむつ（小児用）1枚	70円
患者都合の検査等のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査等に使用する薬剤等の費用	実費相当額	紙おむつ（新生児用）1枚	30円

【産科関連】			
項目	料金	項目	料金
妊婦健診（初回（熊本市））	20,520円	母乳外来（初診）	2,000円
妊婦健診 （健康状態の把握、定期検査、保健指導）	5,060円	母乳外来（再診）	1,000円
エコー（妊婦）	2,470円	母乳外来（デイコース）	3,000円
血算（貧血）（妊婦）	1,670円	乳房管理料 （入院1日、外来1回につき）	2,000円
血糖（妊婦）	1,250円	骨盤ケア料（初診）	4,000円
GBS（妊婦）	2,650円	骨盤ケア料（再診）	3,000円
NST（ノンストレステスト）	2,000円	産後検診	2,530円
妊婦健康相談料	1,000円	乳児検診	2,680円

健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金（自費料金）について、その使用量、利用回数に応じた実費の料金（主な自費料金は上記参照）を負担することに同意します。

同意日： 令和 年 月 日

患者氏名

代諾者氏名

続柄

代諾の理由： 本人に判断能力がない

署名不能 緊急時

未成年者のため

その他（ ）

※使用時は、都度患者さんへ確認のうえ、使用します。