

診察申込書・選定療養費同意書・医療費支払い方法確認書

【 ID : - - 】

※記載事項を全て確認し、太枠内をご記入ください。

記入日: 年 月 日

氏名 (受診者名)	(フリガナ)	男	正和成和暦 大昭平令西	年	月	日	生
	(旧姓)	女					

〒 -

住所 (フリガナ) _____ 建物名(マンション・ハイツ・アパート)

電話番号 TEL _____ 本人以外 名前 () 続柄 ()
携帯 _____ の連絡先 電話番号等 ()

*** 選定療養費についてのお知らせ ***

健康保険法に定められている「外来医療の機能分化」の推進を図るため、他の医療機関等の紹介状を持たずに特定機能病院及び一般病床数200床以上の地域医療支援病院を受診される場合には、原則として、初診時又は再診時に定額負担を患者様にご負担いただくことになっています。(選定療養費の義務化)

当院を初めて受診される場合(前回受診日より一定の期間が空き、初診とみなす場合を含む)に、紹介状(診療情報提供書)が無いと初診時選定療養費として **医科7,700円、歯科5,500円(税込)** をご負担いただきますのでご了承ください。

医科と歯科は健康保険上、別の扱いとなりますので、医科と歯科の両方で選定療養費をご負担いただく場合があります。

上記の内容に同意し、選定療養費の支払いについて承諾します。

年 月 日

氏名 _____

*** 医療費支払い方法確認 ***

感染症ERで発熱外来を受診された場合の支払いは、後日精算となる場合があります。後日精算となる患者様には診療費のお支払い方法について、下記のご記入をお願いしております。

請求書到着後に下記のいずれかの方法にて速やかにお支払いをお願いいたします。

※原則、請求書は郵送となりますが、近日中に外来予約がある場合は手渡しとなる場合がございます。

【受診日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【支払い方法】

1. 来院のうえ「自動精算機」または窓口にて支払い

取扱時間 <平日> 08:30 ~ 17:00 (本館2階会計窓口)
<平日時間外> 17:00 ~ 08:30 (本館1階救急窓口)
<土日祝> 24時間対応 (本館1階救急窓口)

2. 払込取扱票 で支払

(コンビニもしくは、各種アプリ決済サービスにてお支払いいただけます。 ※手数料はかかりません。)

3. 銀行振込 で支払

(振込手数料は患者様ご負担となります)

※振込名と受診者名が相違している場合は、受診者名又は診察券番号(登録番号)を振込画面で入力してください。

※自動精算機のご利用時は診察券または請求書が必要です。自動精算機はクレジットカードもご利用いただけます。

【請求書送付先】

上記住所に発送

請求書は以下の住所へ発送

(※下記項目を必ずご記入ください。)

氏名 (フリガナ)	患者様とのご関係	電話番号	自宅 _____ 携帯 _____
-----------	----------	------	----------------------

〒

住所 (フリガナ) _____ 建物名(マンション・ハイツ・アパート)

【医事課処理欄】

マイナンバー 確認	確保 確認	入 力 タ	デ ー タ	デ ー タ
--------------	----------	-------------	-------------	-------------

患者 ID : _____

発熱外来問診票

_____年 _____月 _____日

氏名 _____ 様 _____ 歳 男性・女性 身長 _____ cm 体重 _____ kg

血圧 : _____ / _____ mmHg, 脈拍 : _____ 回/分, 体温 : _____ °C, SpO2 _____ % (室内気)

1. 当てはまる症状の□にチェックを入れてください。

- 37.3°C以上の発熱 強い倦怠感 食事・水分がとれない。
 息が苦しい。 咳が出る。 痰が出る。 鼻汁が出る。 のどが痛い。
 頭痛 胸痛 背部痛 排尿時痛 関節痛
 腹痛 吐き気・嘔吐 3回/日以上の下痢 尿や便の色がおかしい。
 匂いがわからない。 味がわからない。
 現在、当院にて化学療法治療中 (次回予約 _____ 月 _____ 日)

2. 症状の経過についてお聞きします。他院の受診内容や関係者の状態などもお書きください。

1週間以上前(~ /):

1週間前(/):

6日前(/):

5日前(/):

4日前(/):

3日前(/):

2日前(/):

前日(/):

本日(/):

3. 同居している家族の方に症状はありますか？他院の検査結果などもご記入ください。

4. 症状が出る5日以内の行動をお聞きします。

① 海外・県外へ外出しましたか？ (通勤通学は除く) はい いいえ
「はい」の方：国名あるいは都道府県名 ()

② 新型コロナウイルス感染症の陽性者と濃厚接触※はありましたか？ はい いいえ
※濃厚接触とは新型コロナウイルス感染症が疑われる者と同居あるいは15分以上の接触していたこと

③ 下記のような場所に行ったことがあれば○をつけて下さい。 はい いいえ
新型コロナウイルス感染が確認された施設、カラオケ、ライブハウス、コンサート、
スポーツジム、スポーツ観戦など ()

④ ご親類・友人との会食、飲食店の利用はありますか？ はい いいえ

5. 新型コロナワクチンの予防接種は受けましたか? はい いいえ
はい→
何回接種しましたか? 1回・2回・3回・4回・5回・5回以上の場合(回)
最終接種日: 年 月 日 製造会社: ファイザー モデルナ アストラゼネカ 他

6. 普段の生活についてお聞きします。
職業 () 職場・学校の場所 ()
職場・学校に体調が悪い方はいませんでしたか? はい いいえ
()

食欲 良い・普通・不振
便通 普通・下痢・便秘
睡眠 良い・普通・不眠
喫煙 吸う【1日 本/ 年】・吸わない・やめた【喫煙歴 年】
お酒 飲む【毎日・週に 回】・機会飲酒程度・飲まない・やめた

7. 現在定期的に通院していますか? はい いいえ
はい→ 病名【 】
病名【 】

8. 現在飲まれているお薬、サプリ、健康食品はありますか? はい いいえ
薬品名【 】
サプリメント・健康食品名【 】
【お薬手帳 あり・なし】

9. 薬剤や食べ物などのアレルギーはありますか? はい いいえ
はい→【 】

10. 今までにかかった病気についてお聞きします。該当する疾患にチェックを入れてください。
また、手術のご経験のある方はご記入ください。
悪性腫瘍 高血圧 糖尿病 高脂血症 慢性腎臓病 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
喘息 心疾患 不整脈 肝疾患 脳卒中 甲状腺 膠原病 精神疾患
その他【 】

手術: 病名【 】 時期 年 月頃

11. 女性の方にお聞きします。
現在妊娠中ですか? はい【第 週】・いいえ・わからない
現在授乳中ですか? はい・いいえ
最終月経はいつからですか?【 年 月 日より 日間】・閉経【 歳】