

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: _____

小児科問診票(0歳～15歳中学生まで)

年 月 日

氏名 _____ 様 _____ 歳 (男・女) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

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

保育園 幼稚園 小学校(県内・県外) 中学校(県内・県外)

1. 現在当てはまる症状を□にチェックしてください。

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 37.3°C以上の発熱 | <input type="checkbox"/> 強い倦怠感 | <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい | <input type="checkbox"/> 食事・水分が採れない |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 活気がない |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁 | <input type="checkbox"/> 咽頭痛 | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 |
| <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> 味がわからない |

2. 本日までの症状の経過をご記入ください。

解熱剤の使用 無・有 (_____ 時に最終使用)

他院での受診 無・有 (病院名 _____) 内服処方 無・有 検査 無・有

症状の経過

3. 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

何回接種しましたか? 1回 ・ 2回 ・ 3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

4. 症状が出る5日以内に県外(国内・海外)へ外出はありますか?

無・有(どこへ _____ 交通手段 _____)

5. 新型コロナウイルス感染症などの患者様と濃厚接触はありましたか?

無・有(いつ _____)

6. 症状が出る5日以内の集団で生活する環境があればご記入ください。

保育園・幼稚園・小学校・学童保育・中学校・その他(_____)

7. 同居者もしくは頻回に行き来する別所のご家族で5日以内に症状はありますか?

無・有

有の場合、どのような症状ですか

8. 上の『4～5』の質問に関して兄弟・両親・頻繁に接触する人の中で当てはまる方がいますか?

無・有(父・母・兄弟姉妹・祖父・祖母・その他[_____])

有の場合、どのような症状ですか