

診療申込書兼同意書

申し込み日 年 月 日

同意書

診療申し込みの前に、次の1～4の項目をご理解いただき、同意される場合はご署名下さい。内容に同意されない場合や疑問点がある場合にはお近くの事務担当者まで申し出下さい。

- 私は横浜労災病院が急性期型病院であり、地域医療支援病院であることを理解して受診いたします。
 - 急性期型病院とは、病気になった早い段階を受け持つ病院のことで、病状が落ち着いたら他の病院・診療所などに紹介又は転院していただく病院です。
 - 地域医療支援病院とは、地域の病院・診療所と患者さんの情報を共有して診療を行う病院のことです。
- 受診にあたっては医師・看護師を信頼し、その療養上の指示及び退院・転院の場合はその指示に従います。
- 初診時に紹介状を持参していない時は、診察料金のほかに掲示している保険外併用療養費(有料)を支払います。
- 診療費の支払は外来は当日、入院は請求の日から7日以内に速やかに支払います。

以上のことに同意して診療を申し込み致します。

※診療費の支払いについてのご相談は
会計窓口又は医療福祉相談室にご相談ください。

署名

続柄

受付者印

(続柄は本人の場合は省略可)

診療申込書

※太枠内についてご記入下さい。

ID No.	-	-	受付日	年	月	日	登録	確認	
◎本日の受診の予約はされていますか？			<input type="checkbox"/> はい(時 分)			<input type="checkbox"/> いいえ			
◎本日紹介状はお持ちですか？			<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ			
フリガナ							性別		
氏名							1. 男 2. 女		
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日	年齢	才			
住所 (連絡先)	〒								
電話番号	第一連絡先						<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他		
	第二連絡先						<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> 勤務先		

業務上・通勤災害・交通事故による受診の場合、必ずお申し出下さい。

61	内分泌・糖尿病センター (紹介制)	62	血液内科	63	腫瘍内科	64	腎臓内科	65	リウマチ内科・膠原病内科
33	心療内科	04	脳神経内科	70	呼吸器内科	71	呼吸器外科	06	消化器内科
08	循環器内科	09	小児科	10	外科	11	整形外科	12	形成外科
14	脳神経外科	16	心臓血管外科	17	小児外科	19	皮膚科	20	泌尿器科
23	産婦人科	26	眼科	27	耳鼻咽喉科	29	リハビリテーション科	30	放射線科
32	歯科口腔外科	40	健康診断	60	総合診療外来	50	乳腺外科 (紹介予約制)		

特記事項：保険証忘れ自費(96) 交通事故自賠(93) 保険資格なし自費(98) 労災(91)

業務上の場合：勤務先名

電話番号

勤務先住所

様式説明 済 未 労災不使用自費希望