

# 診療申込書（同意書）

ID

## 初診に係る費用、選定療養費徴収について

選定療養費とは、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに医療法に規定する一般病棟200床以上の病院を受診する場合、自己の選択（患者の自由な選択）に係るものとして費用を請求できることです。当院は初診に係る選定療養費、2,200円を徴収しております。

### 同意書

三沢市立三沢病院 病院長殿

令和 年 月 日

私（患者又は申込者）は、選定療養費に同意し診療を申し込みます。

また、選定療養費を支払うことに同意します。

申込者

患者

申込者と患者の関係(続柄)

申込者と患者が同一者の場合は、患者を省略可

## 枠内を記入して保険証と一緒に、15番新患受付へ提出してください

・過去に当院を受診したことがありますか？	いいえ・はい	年 月 頃	科
・他院からの紹介や健康診断後の再検査で受診ですか？	いいえ・はい	診療情報提供書持参 (紹介状)	健康診断結果持参
・交通事故や工作中（労災・公災）のケガで受診ですか？	いいえ・はい		
・1ヶ月以内に、海外渡航歴がありますか？	いいえ・はい	国名	期間
フリガナ			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	令和・平成・昭和・大正	年 月 日	年齢 歳
現住所	郵便番号 - _____		
自宅電話	( ) - _____		
携帯電話	- _____		
被保険者 (世帯主)	被保険者（世帯主） との続柄		
他県の方は 滞在先住所 電話番号を 記入して ください	滞在先 住所		様方
	滞在先 電話番号		

希望する科に ○印をつけて ください	小児科	内科(消化器・腫瘍)	外科
	産婦人科	循環器内科	形成外科
	泌尿器科	整形外科	脳神経外科
	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科
	皮膚科	放射線診断科	個人健康診断

備考欄