【診療申込書：再来・科初診】

0 □□ － □□□□ － □

◎この申込書は、○再来　＝過去に受診歴があり終診となっている方
　　○科初診 ＝初めての診療科を受診される方
◎受付の際、登録カード・保険証・医療証・紹介状・フイルムを②再診受付にご提示ください。
◎交通事故・仕事中の事故（労災）で受診される方は、別途お申し出ください。

フリガナ		職　業	
NAME 氏　名			
DATE OF BIRTH 生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日生　AGE（　　）歳	SEX 性別	M　男　・　F　女

※希望診療科の上部空欄に”○”印を付けてください。
　複数科受診希望の方は、それぞれに受診順位を付けてください。（例①②・・・）

71 腫瘍・血液・感染症内科	72 内分泌・糖尿病内科	03 消化器内科	07 腎臓・膠原病内科		08 循環器内科	09 呼吸器内科	12 脳神経内科	60 総合診療科	13 精神神経科	15 小児科	19 消化器外科	21 呼吸器外科	21 乳腺外科	21 小児外科	23 整形外科	24 形成外科	26 脳神経外科	28 心臓血管外科	31 皮膚科		32 腎泌尿器外科	35 産婦人科		38 眼科	39 耳鼻咽喉科	42 放射線科		43 麻酔科	44 歯科口腔外科	45 リハビリテーション科	73 救急治療センター（ER）	74 予防・抗加齢・再生医療センター
			腎臓	膠原病															皮膚科	美容外科		婦人科	産科			治療	乳腺腫瘍				
月・火・水・木・金	月・水・金	月・火・水・木・金	月・火・水・金	※予約制	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	※予約制	月・火・水・木・金	※予約制	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	※予約制	月・水・金	※予約制	月・水・木	月・水・金	火・木	※予約制	※予約制 金	火・木	月・木・金	月・火・水・金	月・火・水・木・金	※予約制	月・木・金（火 予約制）	火	※予約制	※予約制	※予約制		※予約制

※最後の受診より1年以上経過している方及び住所変更のある方のみご記入ください。

ADDRESS 現住所	〒 □□□－□□□□ 都道府県　　市郡　　区町 TEL（　　）　－ 携帯（　　）　－	
被保険者	（保険証の筆頭者）	被保険者からのあなたの続柄
緊急連絡先（本人以外）	〒 □□□－□□□□ 都道府県　　市郡　　区町 TEL（　　）　－ お名前　　続柄　　携帯（　　）　－	
本人勤務先	所在地 名称　　TEL（　　）　－	

《職員記入欄》 ※以下は記入しないでください。

保険情報	○交通事故				○医療保護		○自費		○その他		
主保険医療証	社		国		39		ひとり親				
	高齢		乳		障		高現給				
	難病		小慢		他（　）						
紹介状	有・無・筑紫・西新 診療科（　　） 医師名（　　）				フイルム等			入力		確認	

福岡大学病院（2024. 9）

◎初診時選定療養費（ 7,700円 ）の支払いに同意いたします。：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎再診時選定療養費（ 3,300円 ）の支払いに同意いたします。：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎時間外選定療養費（ 11,000円 ）の支払いに同意いたします。：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎ 海外に在住し日本の公的医療保険の適用を受けていない場合は、診療報酬点数1点につき20円（日本の公的医療保険証を有する場合の200％）の支払いに同意いたします。　：＿＿＿＿＿＿＿＿