

受付番号

## 【診療申込書：初診】

日付

0

-

-

◎この申込書は、当院をはじめて受診される方専用です。

◎受付の際、保険証・医療証・紹介状・フィルムを①初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<br>NAME<br>氏名    |   |                       | 職業        |
| DATE OF BIRTH<br>生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日生 ( ) 歳  | SEX<br>性別             | M 男 · F 女 |
| ADDRESS<br>現住所        | 〒 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>都道府県 市郡 区町 | TEL ( ) -<br>携帯 ( ) - |           |
| 被保険者                  | (保険証の筆頭者)   | 被保険者からの<br>あなたの続柄     |           |
| 緊急連絡先<br>(本人以外)       | 〒 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>都道府県 市郡 区町 | TEL ( ) -<br>携帯 ( ) - |           |
| 本人勤務先                 | 所在地<br>名称   | TEL ( ) -             |           |

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

《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     | ○業務中(労災・通勤災害・公災) | ○医療保護 | ○自費  | ○その他 |
| 主保険  | 社         | 国                | 39    |      |      |
| 医療証  | 高齢        | 乳                | 障     | ひとり親 |      |
|      | 難病        | 小慢               | 他( )  | 高現給  |      |
| 紹介状  | 有・無・筑紫・西新 | 診療科( )           | フィルム等 | 入    | 確    |
|      | 医師名( )    |                  |       | 力    | 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。:

◎ 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。: