

ID: _____

診療申込書

※太枠内をご記入いただき、総合受付にご提出ください。

申込日 令和 年 月 日

ご予約あり () 科 (:) ・ご予約なし

フリガナ			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 (満 歳) 男・女
住所	〒 _____ ※アパート・マンション・寮・団地等の場合は、名称・棟・部屋番号までご記入ください。		
電話番号	自宅 () _____	携帯 () _____	
緊急連絡先住所	〒 _____		
フリガナ			
氏名	続柄 () ・会社		
緊急電話番号	() _____		
紹介状	有 ・ 無 (選定了承済) ※紹介状が無い場合は、選定療養費として11,000円を頂戴します。		
国籍		可能な言語	
使用する保険を ○で囲んで下さい	1. 健康保険 2. マイナ保険証 3. 事故 4. 労災 5. 自費 (保険証忘れ・保険未加入)		
転倒・転落の 防止について	当院では患者様の転倒・転落防止に努めています。移動時、安全に配慮をさせていただきますので、裏面をご確認のうえ、該当される方は○で囲んでください。 転びやすい、目が見えにくい、足が不自由など、 転倒・転落の (心配がある ・ 心配はない)		
包括同意 について	下記 (※) の説明を確認し、同意します。 署名 _____		

※当院で診療を受けられる患者様へ

平素より国際医療福祉大学成田病院での診療にご理解を賜り感謝申し上げます。

当院では、書面で説明を行い同意をいただく診療項目と、口頭で説明し同意確認をさせていただく診療項目に分けて対応させていただいております。裏面記載の診療項目は、医師が立ち会う必要のないものが多く、患者様の心身のご負担も少ない診療項目です。診療を円滑に進めるため、これらの診療項目については、あらためて同意をいただくことなく診療を行わせていただきます。

同意をいただけない場合は、その都度お申し出ください。患者様のご理解とご協力をお願いいたします。

国際医療福祉大学成田病院 病院長

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

登録者

(裏面に続く)

国際医療福祉大学成田病院

当院では患者様の転倒・転落防止に努めています

下記の方については、特に安全に配慮し、移動時など介助をさせていただきます場合があります。

例) 車椅子を使用している、杖や歩行器などの補助具を使用している、
転びやすい、耳が聞こえない、目が見えにくい、介助なしでは
移動が心配、6歳未満 など

口頭での説明をもって同意確認とさせていただきます診療項目

(1) 一般項目

問診、身体測定、触診、体温測定、血圧測定、リハビリテーション、栄養指導、服薬指導

(2) 検査、モニター

採血・血液検査（感染症検査、血算、生化学、凝固系等）、尿・便検査、膣・子宮頸管スミア検査、
その他の体液検査、微生物学的検査、病理・細胞検査、免疫学的検査、心電図検査（静止、負荷）、
肺機能検査、超音波検査、呼気検査、脳波検査、筋電図検査、皮内反応検査、アレルギー皮膚テスト、
経皮酸素飽和度測定、動脈圧・呼吸換気・脳波・筋弛緩モニター、ペースメーカー評価、
散瞳を含む眼科検査、聴覚検査、心理検査、高次脳機能検査、骨密度検査、単純MRI検査

(3) 放射線検査

単純X線撮影、骨密度X検査、マンモグラフィー、造影剤を血管内注入しないX線透視撮影、
造影剤を用いないCT検査、負荷心筋シンチグラフィーを除くシンチグラフィー

(4) 鎮静を行わない内視鏡検査の一部

口腔内、咽喉頭内視鏡、副鼻腔内視鏡、膀胱・尿道内視鏡検査

(5) 処置

痰などの吸引、経鼻カテーテル留置、膀胱カテーテル留置、一般歯科処置、褥瘡処置、
局所麻酔使用を含む表在性表皮・皮下疾患処置、酸素投与、点眼麻酔使用を含む眼科処置

(6) 投薬

抗がん剤・分子標的治療薬・血液製剤・治療薬以外の内服薬、皮下、筋肉内、静脈内薬剤投与、
末梢動静脈内および皮下留置針、結膜下またはテノン嚢下への薬剤投与、硬膜外ブロック、
関節内注射、腱鞘内注射

(7) 末梢動静脈内及び皮下留置針