

ID: \_\_\_\_\_

## 診療申込書

申込日 令和 年 月 日

※太枠内をご記入いただき、保険証（又は医療証）を添えて初診受付にお出してください。  
※交通事故、労災の方はお申し出ください。

|                     |   |       |                   |
|---------------------|---|-------|-------------------|
| 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・号室・室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             | 〒 _____ 会社・家族（続柄 _____）・その他（ _____ ）              |       |                   |
| フリガナ                |   |       |                   |
| 氏名                  |   |       |                   |
| 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5,500円を頂戴致します。    |       |                   |
| 国籍                  |   | 可能な言語 |                   |
| 使用する保険を<br>○で囲んで下さい | 1. 健康保険 2. 事故 3. 労災 4. 自費（保険証忘れ・保険未加入）            |       |                   |

ご予約あり（ \_\_\_\_\_ 科）（ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ） ・ ご予約なし

- ・ 保険証・受給券等は月初めの診療日に必ず窓口までご提示ください。
- ・ 診察券は、再発行に220円料金がかかりますのでご了承ください。
- ・ その他ご不明な点がございましたら、職員にお尋ねください。

登録者

## 包括同意のお願い

当院で診療を受けられる患者さんへ

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、医師がたち合う必要のないものが多く、患者さんへ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に、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たいと思います。ご同意をいただけない場合は、その都度お申し出ください。患者さん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

私は、上記について同意致します。 \_\_\_\_\_ 署名

国際医療福祉大学成田病院

## 口頭での説明をもって同意確認とさせていただく診療項目

### (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、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・治験薬以外の内服薬、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

以上