

初診申込書

※太線内を全てご記入ください

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男 ・ 女	大 平 ・ 昭 令	年 月 日 (歳)
現住所	〒 TEL 自宅 携帯			
緊急 連絡先 (必ずご記入を お願いします)	フリガナ	TEL 自宅 携帯		
	氏名			
	(続柄)			
	〒			
●マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。				
●この1年間で検診(特定及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？ はい ・ いいえ				
●介護保険証をお持ちですか？ はい ・ いいえ (お持ちの方は窓口へご提示ください)				
●交通事故によるケガ・症状ですか？ はい ・ いいえ			●仕事によるケガ・症状ですか？ はい ・ いいえ	
★当院にいらっしゃった理由を、あてはまるもの全てお知らせください。 <input type="checkbox"/> 名医、専門医がいる <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 評判が良い(家族・知人・口コミ) <input type="checkbox"/> アクセスが良い <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> メディアを見て(テレビ・ラジオ・雑誌) その他()				

保険外負担料金同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。以下の内容について同意をいただいた上でご署名をお願いいたします。

(税込)

診断書・証明書等文書料及びエックス線・CTデータ複写料			
診断書(病院指定様式) 1通	5,500円	領収証明書 1通	2,200円
生命保険会社診断書 1通	8,800円	エックス線・CTデータ複写(CD-R)1枚	1,100円
身体障害者診断書 1通	17,600円		
障害年金診断書 1通	17,600円		
その他保険外負担に係る費用			
インフルエンザワクチン	4,200円	麻疹風疹ワクチン(MR)	13,420円
肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)	9,460円	肺炎球菌ワクチン(キャップバックス)	16,500円
带状疱疹ワクチン(不活化)(全2回)	1回あたり22,000円	水痘ワクチン	6,270円
風疹ワクチン	6,270円	コロナウイルスワクチン	17,000円
おたふくかぜワクチン	6,270円		
感染症抗体検査			
風疹単独検査	5,500円	ムンプス(おたふく)ウイルス単独検査	5,500円
麻疹(はしか)単独検査	5,500円	感染症4種抗体検査セット	8,800円
水痘(水疱瘡)・带状疱疹単独検査	5,500円		
その他保険外負担に係る費用			
診察券再発行料 1枚			220円
郵送代			定型郵便物・定形外郵便物の基本料金
レジ袋 1枚			22円

当院の敷地内、建物内での無許可での撮影(写真、録画等)を禁止しております。
上記全てについて同意しました。

年 月 日

患者氏名

代理者氏名
(続柄)

医療法人社団青泉会 下北沢病院
2025年12月8日改訂