



診療申込書

国立研究開発法人国立成育医療研究センター

記入日 年 月 日

フリガナ 患者様氏名	(当院から番号をお伝え済みの方のみ) ID番号	
生年月日 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
郵便番号 〒 —	住所	
自宅電話番号 — —	携帯電話番号 — —	
国籍 <input type="checkbox"/> 日本 ・ <input type="checkbox"/> それ以外 ()		
宗教上の理由により配慮が必要な事項 ()		
・ 予約はしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ マイナンバーカードをお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ 都内で使用可能な医療券をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ 紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ CD-ROM等(画像データ等)をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ オンライン資格確認に同意していただけますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
緊急連絡先 ①		
フリガナ 氏名	患者との関係	
郵便番号 〒 —	住所	
自宅電話番号 — —	携帯電話番号 — —	

◆ 紹介状をお持ちでない患者さんへ ◆

現在、厚生労働省では、「医療機関の機能分担」の推進のため、200床以上の病院において他の保険医療機関等からの紹介なしに初診で受診した患者様の場合、初診料以外に各病院で定めた金額を頂く制度を定めております。

そのため初診時の患者様で、他の医療機関からの「紹介状(診療情報提供書)」をお持ちでない方が直接来院された場合、初診料とは別に「選定療養費」を頂いております。

なお、特定の公費医療を受けておられる方や救急車で搬送の場合等はお負担頂く必要がございません。

初診：¥11,000(税込)

再診： ¥5,000(税込) ※当院の診療が終了したあとにご希望で受診される場合にはご負担頂きます。

(次ページもご記入ください)



診 療 申 込 書

国立研究開発法人国立成育医療研究センター

患者様氏名	
-------	--

緊急連絡先 ②	
フリガナ 氏 名	患者との関係
郵便番号 〒 —	
住所	
自宅電話番号 — —	携帯電話番号 — —
緊急連絡先 ③	
フリガナ 氏 名	患者との関係
郵便番号 〒 —	
住所	
自宅電話番号 — —	携帯電話番号 — —

【個人情報の利用について】

取得した個人情報については、厳重に管理し、診療の目的以外には使用致しません。