

東横恵愛病院 児童思春期外来
初回受診に際してのお願い

この度は東横恵愛病院 児童思春期外来にご予約いただき有難うございます。初回受診に際しまして、いくつかお願いがございますので、ご理解賜りますようお願い申し上げます。

○ 初回受診予約時間は

_____ 月 _____ 日 _____ : _____ 担当医 _____ となります。

初回診療時間は1時間程度をおとりしておりますが、遅刻された場合にはこれより短くなりますのでご注意ください。

○ 当日ご持参いただくもの

- 健康保険証（お持ちであれば医療証（㊦・㊧・その他））または医療券
- 問診票①（FAX 送付の方）、問診票②（両面2枚）
- 本人用問診票（両面1枚）
- 診察申込書（本用紙下部）
- 他医療機関にかかっている場合は、診療情報提供書（紹介状）
※ お持ちでない方は**特定療養費 3,240円（税込み）**のご負担をお願いしております。
- 母子手帳・療育手帳などお子さんの成長の記録
- （投薬がある場合には）お薬手帳、薬剤情報提供書など

○ ご費用負担：保険診療代の他に**初回予約料 5,400円（税込）**のご負担をお願いしております。

○ なお、キャンセルされる場合は必ず予約当日のお昼までに総合相談 児童思春期担当相談員 二宮 **044-877-5522（代表）**までお電話下さい。ご質問などもこちらでお受けいたします。

（キトリ）

診 察 申 込 書

フリガナ				生年 月日	西暦 (平成)年 月 日 (才)
ご本人氏名		性別	男・女		
住所	〒			電話	自宅・携帯 FAX
保護者	フリガナ	続柄		電話	自宅・携帯 FAX
	氏名				
上記以外の連絡先				電話	
健康保険証等 (右記の中から選んでご記入下さい)	● 保険者番号 () / 記号 () 番号 () ● 医療券番号 () ● 医療証番号 () / 区分 (㊦・㊧・その他)				

（上記、太枠のみご記入ください）

紹介者（有・無）	（初診・再来初診）	備考	
----------	-----------	----	--