

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。

※記載されている日程やお時間に間違いがある場合、お手数ですが下記連絡先までご連絡お願い致します。また、予約の変更をされている場合は変更後の日程でご予約お取りしております。

○ 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（4ページ）、問診票②（3ページ）
- 本人用問診票（2ページ）
- 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 3,300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 5,500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**児童思春期担当相談員 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。

（キリトリ）

診 察 申 込 書

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	西暦 (平成) 年	
ご本人氏名					月 日 (才)	
住所		〒		電話	自宅・携帯	
					FAX	
保護者	フリガナ	続柄		電話	自宅・携帯	
	氏名				FAX	
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	
-----------	-----------	----	--