

受付票

記入日 平成 年 月 日

1. 今日のお怪我は交通事故に関係していますか。

いいえ

はい →健康保険が使用できないことがあります。

①事故の被害者に該当される方は、保険会社と当院の確約がとれるまで自費での立替払いをお願いしております。

②自損事故、患者様側に過失がある方で健康保険を使用される方は、加入先の健康保険組合へ連絡をお願いいたします。

(健康保険組合より、健康保険の使用許可が出れば健康保険を使用しての治療が可能です。)

2. 労働災害(業務災害)、通勤途上に被った災害ですか。

いいえ

はい →労災保険適用の方は、手続きが終わるまで一時自費でのお立替えとなります。

(健康保険給付は行われず、原則として労災保険の適用となります。労災手続きがまだの方は、一時自費での立替払いとなります)

3. 学校・部活動でのお怪我ですか。 いいえ はい

はいと答えられた方にお伺いします

学校で加入しているスポーツ振興センターの保険を利用しますか。

利用しない→後日の変更はいたしかねます。ご了承いただけますか。

はい→保護者様のご署名をお願いいたします 氏名 _____ 続柄 _____

利用する →医療費助成制度(子ども医療)は使用できません。

((健康保険窓口負担分(3割、または2割分)が一時立替払いとなります))

患者様情報					
フリガナ		男・女	生 年 月 日		年 令
ご 氏 名			明治・大正	年 月 日	才
			昭和・平成		
郵便番号	〒 —				
フリガナ					
ご 住 所					
第1連絡先電話番号		第2連絡先電話番号			

※万一、患者様の意識がなくなるような緊急事態が発生した場合の緊急時連絡先をご記入ください。

患者様の容体に関する緊急時以外での連絡は、患者様の同意なく行うことは、いかなる場合においても一切いたしません。
また、緊急時においても患者様と意思の疎通が可能な場合は、患者様の同意が得られた場合のみ連絡させていただきます。
ただし、未成年の患者様におかれましては、診療内容や事務連絡等にもご利用させて頂く場合がございます。

緊急時における、ご家族等の連絡先			
フリガナ		続 柄	携帯電話番号
ご 氏 名	男・女		住所(丁目以降は不要です)