

診療申込書（初めて来院された方のみご記入ください）

令和 年 月 日

初診時選定療養費についての説明を受けました。

はい • いいえ

※以下、太枠内をご記入の上、保険証と一緒に総合受付にご提出ください。

受 診 者	フリガナ :														性別
	氏名 :														男 女
	生年月日		大正 昭和	年	月	日	歳								
	平成	令和													
	住所	〒	一	一	一	一	一	一	一	一	一	一	一	一	一
	自宅 : 一 一 携帯 : 一 一														
緊急連絡先	氏名 : 続柄 : 電話 :														
① 仕事中（休憩中を除く）のお怪我と関係がありますか ② 交通事故と関係がありますか ③ 他院からの紹介状をお持ちですか ④ はいの方、事前に予約をしていますか															はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ

■この用紙のご記入をもって、当院での診察、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。
 特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては原則、書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診察させていただきます。
 ■CD-R、フィルムを持参された方は、診察後に返却させていただきます。ただし、返却を希望されない場合若しくは受け取りに来られない場合は3ヶ月保管の後、破棄させていただきます。
 ご理解とご協力を願っています。

平成17年4月に個人情報保護法が施行されました。当院においても「個人情報保護規定」を策定し、これに則り適正に個人情報を管理運営しています。内容につきましては病院入口の掲示又は受付の資料をご参照ください。ご不明な点がございましたら受付担当者までお申し出ください。

以下職員記入欄

総合診療科	循環器内科	消化器内科	消化器（肝）	呼吸器内科	腎臓内科	膠原病・リウマチ内科	糖尿病・内分泌内科	小児科	外科	整形外科	呼吸器外科	心臓血管外科	頭頸部外科	乳腺外科	耳鼻咽喉科	精神科	泌尿器科	眼科	産婦人科	神経内科	脳神経外科	形成外科	皮膚科	放射線科	科

カルテ番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※備考	紹介状・CD-R・XP		
	案内者	登録者	確認者