

<診療申込書>

REGISTRATION FORM

■太枠内をご記入の上、保険証（受給者証・医療証等）を添えて2番受付窓口までお出してください。

※保険証をお持ちでない方は自費（120%）になることをご了承ください。

当院の診察を受けたことはありますか？ Is this your first visit?		はい ・ いいえ YES NO	
受 診 者	フリガナ	性別 SEX	男 ・ 女 M F
	患者氏名 Name		
	生年月日 Date Of Birth	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日生（満 歳） Y M D Age
	現住所 Address in Japan	〒 - ※アパート・マンション名・建物・部屋番号までご記入ください。 都 道 府 県	
連絡先 contact address 日中ご連絡可能な番号をご記入ください。			
本人 person himself	携帯 Mobile	自宅 Phone	- -
家族 Family	携帯 Mobile	自宅 Phone	- -
		氏名(Name)	続柄(Relationship)
本日の診療内容に○を付けてください。 1. 診察 2. 工作中・通勤中のケガ等【他の病院に受診していますか？（はい ・ いいえ）】 3. 交通事故 4. 第三者からのケガ 5. 健康診断 6. その他			
他院からの紹介状、CD-ROM、持参書類はお持ちですか？		はい ・ いいえ	
※はいの場合 1. 紹介状（紹介元： ） 2. 画像データ（CD-R、DVD-R） 3. 持参書類			
受診する診療科に○を付けてください。 1. 内科 2. 小児科 3. 整形外科 4. 泌尿器科 5. 眼科 6. 耳鼻咽喉科 7. 外科 8. 皮膚科			

個人情報の取り扱いについて

- 患者さまの個人情報の利用につきまして、医療に関わる範囲を超えて使用致しません。
- 法令等で定める場合を除き、患者さまの許可なくその情報を第三者に提供いたしません。
- 保険証等を確認の際に、お名前の漢字氏名や資格の確認の控えとしてコピーをとらせていただきますのでご了承ください。

病院記入欄

診察券番号	登録者	確認者