

初診申込書・変更申込書

- 当院では、個人情報保護法に基づき、情報の保全に努めております。詳細は掲示板をご覧ください。
 なお、事故防止や安全確保のため受付や院内放送での呼び出しをお名前でお呼びしております
 ○未成年者のみでの診察の場合、原則お断りをさせていただいております。
 ○当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

記入日	2	0	2	年	月	日					
フリガナ											
本人 氏名											
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性										
生年月日/年齢				年			日	生			歳
現住所	〒			-					都道		市区
									府県		町村
※ 建物名があれば記載してください											
第1連絡先	<input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> その他()				-						
第2連絡先	<input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				-						
オンライン資格確認による負担限度額区分の確認に同意しない場合、左にチェック										同意しません	<input type="checkbox"/>

○以下に該当する場合、番号に○、該当欄に記入をお願いいたします

1. 紹介状(診療情報提供書)をお持ちの場合 ご紹介状を2番窓口にご提示下さい											
2. 健康診断結果より受診される場合 健診結果を2番窓口にご提示下さい											
3. 産婦人科受診をご希望の場合 ご家族連絡先をご記入ください。											
ご家族氏名						続柄					
ご家族連絡先		<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()				-					
4. お仕事、通勤中のけがの場合 ご勤務先をご記入ください											
勤務先名称											
勤務先電話番号								-			
5. 交通事故によるけが等											

職員記入欄 ※ここから下は記入しないでください

1	3	4	5	8	9	11	14	(15	17	18	27	備 考					
内科	消化器科	整形外科	泌尿器科	小児科	循環器内科	皮膚科	外科	乳腺外科)	眼科	耳鼻咽喉科	健診科	産婦人科	P E T	C T	M R I	国保	社保	福祉
																私費	(手続き中	保後日)