

診 察 申 込 書

令和 年 月 日

本日は、診療情報提供書（紹介状）をお持ちですか？ はい ・ いいえ

1.	本日、来院されたのは？ <input type="checkbox"/> 患者様本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
2.	当病院で診察を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある（ 年位まで）
3.	ご家族が当病院で診察を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある（氏名 : 続柄 ）
4.	現在、他病院又は他施設に入院、入所中ですか？ <input type="checkbox"/> はい 病院名（ ） 施設名（ ） <input type="checkbox"/> いいえ
5.	3ヶ月以内に他の病院に入院した事が <input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> なし

ふりがな				性別
受診者				男 ・ 女
生年月日	年 月 日（ 歳）	国 籍		
住 所	（〒 - ）			
電 話	① - -	② - -		

緊 急 連 絡 先

ふりがな		続柄		続柄
氏 名	①		②	
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
住 所	（〒 - ）		（〒 - ）	
電 話	① - -		① - -	
	② - -		② - -	
備 考				

※ この診察申込書に所定事項を記入の上、保険証を添えて受付に提出して下さい。

尚、保険証をコピーさせていただきます、ご了承ください。

※ 相談及びご本人がみえない場合は、保険証が使えないため自費とさせていただきます。

※ この申込書等にて得られた個人情報については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。