

丸太町病院診察申込書

～洛和会丸太町病院～

ID. _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別
お名前		男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
ご住所	〒 _____ _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 【マンション名】 _____ 【部屋番号】 _____	
ご連絡先	常時連絡が取れる番号 (携帯など) TEL (_____) _____ - _____ □ なし	
	自宅 TEL (_____) _____ - _____	
紹介状はございますか? ※お持ちの場合は受付に提示ください。 有 ・ 無		
かかりつけ医はございますか? ※ある場合は医療機関名をご記入下さい。 有 (_____) ・ 無		

個人情報の利用に関する同意書

※必ずご記入下さい

当院における利用者様の個人情報の利用目的につきましては、院内掲示に提示し、その利用目的以外での使用はいたしません。

ご確認の上、ご同意いただけましたら下記に、ご署名をお願い致します。

※なお、利用目的につきまして同意しがたい項目がある場合はお申し出ください。

掲示内容：医療提供・診療費請求のための事務・当院の管理運営業務・外部監査機関への情報提供など

患者様署名 または代筆者署名	_____	続柄	_____
-------------------	-------	----	-------

※代筆の場合には続柄の記載をお願いいたします。本人の場合は不要です。

< 希望される受診科の□をチェックしてください >

診療科	症状 (参考)
<input type="checkbox"/> 外科	切り傷・痔・虫垂炎・静脈瘤など
<input type="checkbox"/> 整形外科	打撲・関節痛・骨折など
<input type="checkbox"/> 形成外科	整形疾患及びイボなど
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	花粉症・鼻炎・喉の痛み・聞こえにくい・声がかすれるなど
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	尿の異常・前立腺の疾患・男性不妊症など
<input type="checkbox"/> 麻酔科	麻酔による痛みの軽減が必要な場合など
<input type="checkbox"/> 救急内科	診療時間外の内科 (専門外の為、応急処置となる場合がございますのでご了承下さい)
<input type="checkbox"/> 救急外科	診療時間外の外科 (専門外の為、応急処置となる場合がございますのでご了承下さい)
<input type="checkbox"/> 総合診療科	内科疾患 (風邪・頭痛など)
<input type="checkbox"/> 心臓内科	どうき・不整脈・胸痛・心電図異常など
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	脳梗塞後・物忘れがひどい・手のしびれ・マヒなど
<input type="checkbox"/> 消化器科	腹痛・下痢・嘔吐
<input type="checkbox"/> 呼吸器科	息苦しい・咳や痰がでる・胸痛など
<input type="checkbox"/> 代謝内分泌	高血糖・肥満・コレステロール値が高いなど
<input type="checkbox"/> 皮膚科	皮膚炎・あせも・ただれなど
<input type="checkbox"/> 他院より依頼	MRI・CT・単純撮影・透視診断・内視鏡検査・エコーなど ※以下の項目は保険請求となります。 ・初診料又は再診料…当院で施行する検査等は医師が診断しております。 ・診療情報提供料…他院へ診断結果の報告を行っております。

◆ご記入戴けましたら、保険証、公費受給者証等を添えて、総合受付へご提示ください。また紹介状をお持ちの方は、併せてご提示ください。

総合受付

受診科がわからない場合には、受付にて、お気軽にお尋ねください。



登録者	確認者
印	印

※必ずチェック