

診療申込書

※ 太線枠内をご記入の上、保険証を添えて総合受付までお持ちください。

フリガナ				性別			
氏名				男・女			
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	年齢		

住所・連絡先	〒		都道府県	市区町村	
	マンション アパート名	号室			
	電話番号	-	-	携帯電話	-

お勤め先	会社名			
	住所	〒	都道府県	市区町村
	電話番号	-	-	

未成年者の方	保護者名			続柄	
	住所	〒	都道府県	市区町村	※上記欄と同じ場合は省略可
	電話番号	-	-	携帯電話	-

希望受診診療科

内科	腎血 液浄化科	呼吸器 内科	消化器 内科	循環器 内科	小児科	外科	整形外科	脳神経 外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	歯科 口腔外科	ペイン クリニック	放射線科
----	------------	-----------	-----------	-----------	-----	----	------	-----------	-----	------	------	----	-----------	------------	--------------	------

本日の症状、お怪我の状況についてお聞かせください

※仕事上のお怪我(症状)ですか?	はい	いいえ	※自損事故によるお怪我(症状)ですか?	はい	いいえ
※交通事故によるお怪我(症状)ですか?	はい	いいえ	※第三者によるお怪我(症状)ですか?	はい	いいえ

『診療申込書』の情報は下記について利用させていただきます。

<ul style="list-style-type: none"> ●医療提供 <ul style="list-style-type: none"> ・当院での医療サービスの提供 ・他の病院、診療所、薬局等との連携 ・他の医療機関等からの照会への回答 ・患者さまの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合 ・検体検査業務の委託その他の業務委託 ・ご家族等への病状説明 ・その他患者さまへの医療提供に関する利用 ●医療サービスや業務の維持・改善のための利用 ●医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究 ●医師賠償責任保険などに係る医療に関する専門の団体保険会社等への相談又は届出等 ●外部監査機関への情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ●当院の管理運営業務 <ul style="list-style-type: none"> ・診療録(カルテ)の作成 ・診療情報管理等の目的利用 ・会計・経理のための利用 ・医療事故等の報告 ・入退院等の病棟管理 ・当該患者さまの医療サービスの向上 ・その他当院の管理運営業務に関する利用 ●当院の診療費管理業務 <ul style="list-style-type: none"> ・診療費請求のための事務 ・審査支払機関へのレセプト提出 ・公費負担医療、労災保険等に関する行政機関等への必要書類の提出、照会への回答 ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
---	---

※ 個人情報の取り扱いについては、同意いただけたものとさせていただきます。

病院職員記入欄

※ 下の内容は、診療録(カルテ)作成時に病院職員が記入します。

受付日	年	月	日	時	分	ID番号								
患者						備考								
事故・傷害状況						搬送救急隊						救急隊	受付担当者	入力確認者
患者	歩行	乗用車	バイク	タクシー	バス乗車中	自損								
相手	*	乗用車	バイク	タクシー	バス乗車中	自損								
	氏名					電話番号								
	住所													
						外国人国籍								