診　療　申　込　書

年　　月　　日

どちらか該当する方に〇をつけてください

紹介状をお持ちですか	はい	・	いいえ
お仕事・通勤途中の傷病（労災）ですか	はい	・	いいえ
交通事故に遭われた方（自賠）ですか	はい	・	いいえ

フリガナ			性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令
お名前	（姓）	（名）				年　　月　　日（　　歳）
ご住所	〒　　－					
連絡先	（携帯）（　　）　　－			（自宅）（　　）　　－		

受診科（□内を〇でお囲み下さい）

	消化器内科	リウマチ科	呼吸器内科	循環器内科	糖尿病内科	腎臓内科	外科・肛門外科	乳腺外科	血管外科	呼吸器外科	産婦人科	眼科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	皮膚科	整形外科		歯科口腔外科		健康診断（石綿・じん肺）			

この用紙の記入を持って、下記のことを含む当院での診察、投薬、各種検査に同意されたものとさせていただきます。特別に同意書の提出が必要な検査、処置、手術に対しては原則、書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診療させていただきます。

①治療、検査を受ける上で必要な事項については同意いたします。
②急患等により、診察順が前後する場合を了承します。
③いかなる場合も暴言、暴力はふるいません。
④診療費は遅延なく支払います。

個人情報の利用目的を掲示により明らかにしております。
①保険証の適切な確認と診療録を作成する目的で、保険証の写し（コピー）を取らせていただきます。
②総合受付、外来受付および検査室等の各受付においては、患者様の誤認防止のためお名前でお呼び出しをさせていただきます。また、患者様の診療呼び出し、ご家族様へのご案内、外部からの電話取り次ぎ等を、院内放送にてご案内する場合があります。
③外来受付では、適切な医療サービスの提供のため病状等について、問診票に必要事項のご記入をいただくことがあります。

当院は臨床研修病院となっており、原則的に指導医とともに研修医が診療に携わることがありますので、ご協力をお願いいたします。
また、院内の専門職種に各種学校からの実習生を受け入れておりますのでご理解をお願いいたします。

上記について、同意しがたい事項がある時は、その旨をお申し出ください。
お申し出がない場合は、ご同意いただけたものとして取り扱わせていただきます。

特