

診 察 申 込 書

受付日： 年 月 日 受付時間（ : ） 受付者（ ）

※ 太枠内のみご記入ください

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	（ 歳）
現住所	〒 -				
電話番号	（ ） - -				
携帯電話	- -				
紹介状の有無	有・無	受診希望医師	科	医師	
主な症状	※ 簡単な内容で結構です。改めて看護師が問診を行います。				
個人情報等について	<input type="checkbox"/> 下記の内容に同意しました				

個人情報保護のため、下記内容をお読みください。

病院内でのお名前の呼び出しを希望されない方は必ず事前にお申し出頂きますようお願いいたします。
申し出を頂いた方には受付窓口にて番号札をお渡しします。受診中お呼び出しする際は「番号」でのお呼び出しを行います。

- 毎月、初めての受診の際には保険証の確認を行わせていただきます。
- 患者さん、ご家族の呼び出しは病院内で必要に応じてお呼びします。
- 緊急時以外は、院内での電話の取り次ぎは行っていません。
- 病状等の説明は、患者さんご本人または付添のご家族に対してのみ行っていきます。
患者さんのご親戚、知人及び勤務先、保険会社等からのお問い合わせに関しては、事前に患者さんご本人からの同意が必要です。ご本人の同意が確認できない場合は、お答えする事はありません。
また、電話による病状のお問い合わせには、原則お答えしておりません。
- カルテ開示を希望される場合は、ご本人による手続きが別途必要となります。