

# 診 察 申 込 書

受付日： 年 月 日 受付時間（ : ） 受付者（ ）

フリガナ		性別	男・女
名前			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
住所	〒 ー		
電話番号	（ ） ー		
携帯電話	（ ） ー		
当院を知った経緯 （複数選択可）	<input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> 病院検索サイト <input type="checkbox"/> その他（ ）		
個人情報について	<input type="checkbox"/> 下記の内容に同意しました。		

個人情報保護のため、下記内容をお読み下さい。

病院内での名前の呼び出しを希望されない方は事前にお申し出下さい。

※申し出があった方には窓口にて番号札をお渡しいたします。当日お呼び出しする際は、お名前ではなく「番号」でのお呼び出しとさせていただきます。

- 受診の際、月一回の保険証確認をさせていただきます。
- 患者さん、ご家族の呼び出しが必要な場合は病院内で必要に応じてお呼び出しいたします。
- 院内の電話取り次ぎは、緊急時以外はいたしませんのでご了承下さい。
- 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います。  
患者さんのお知り合いまたはお勤め先、保険会社等からの問い合わせに関しましては、事前にご本人の同意が確認できない場合はお答えできませんのでご了承下さい。  
※また、本人確認のできない電話によるお問い合わせには、原則としてお答えできません。
- カルテ開示等を希望される方は、ご本人による手続きが別途必要となりますのでお申し出下さい。

医療法人福西会 福西会病院