

初診申込書【 年 月 日 】

裏面もご記入下さい

ID No.		予 約	有 ・ 無
登録者		予約時間	:

↓ 太枠内を記入してください。

フリガナ		旧 姓	性別	生 年 月 日	年齢
患者氏名			男・女	大正・昭和 平成・令和 (西暦 ) 年 月 日	歳
フリガナ					
現住所	〒				
日本国籍以外の方は ご記入ください	※国籍	※母国語		※対応言語	
必要時に病院から連絡しても良い番号をご記入ください					
本人連絡先	( ) -				
上記以外連絡先	自宅	( ) -			
	携帯	( ) -			
	患者との続柄 ( ) 氏名				
該当するものに○をつけてください					
受診目的	診察 ・ セカンドオピニオン(自費) ・ ワクチン接種(自費)				
傷病の原因	交通事故 ・ 工作中的のケガ等 ・ その他 ・ 該当なし				
紹介状	有 ・ 無		画像CD	有 ・ 無	
患者さんご本人は来院されていますか	はい・いいえ				
他病院に入院中または老人保健施設へ 入所中ですか	はい・いいえ				
	はいの場合病院名又は施設名の記入をお願いします				
	常駐医師		有 ・ 無		

※保険証および紹介状、CD-ROM(画像データ)有りの場合は必ず窓口へご提出ください

※本院においての個人情報の利用目的については、院内に掲示し、その目的以外では  
利用いたしません

裏面へ

本院では患者さんの転倒・転落防止に努めています。

移乗時、安全に配慮をさせていただきますので、以下に該当の方は  
チェックをお願いします。（※複数回答可）

- 車椅子を使用       杖や歩行器などの補助具を使用している  
 介護認定       障害認定       転びやすい  
 耳が聞こえない       目が見えにくい       移乗時、介助なしでは心配である

チェックされた方の診察券にシールを貼付するとともに、移乗時、  
付き添いや車椅子による介助をさせていただく場合があります。

この用紙のご記入をもって、院内掲示されている一般的な医療行為に  
関する説明と同意について、理解した上で、当院での診察、投薬、各種  
検査等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。

ご理解とご協力をお願いいたします。

《 病院職員記入欄 》 — 以下は記入しないで下さい。 —

保険情報	交通事故	労災	公災	自費
	健康保険	丸福	公費	生活保護

※ 電子カルテ入力済み