SA医事-F017-05

診療申込書/登録内容変更申込書

受付日:平成　　年　　月　　日　　2016.10.1改訂

□診療申込　□登録内容の変更(1.氏名 2.住所 3.連絡先)　□診察券の再発行(108円)

診察券(カルテ)番号	最終来院日
	年　月　日

フリガナ		旧姓
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日 (　歳)	性別 男・女
現住所	(〒　-　)	
第一連絡先電話番号	※必要時に病院から連絡してもよい番号を記入して下さい 自宅:　(　) 携帯:　(　)	続柄 □本人 □(　)(氏名:　)
第二連絡先電話番号	自宅:　(　) 携帯:　(　)	続柄 □本人 □(　)(氏名:　)
受診科	1. 内科　2. 外科　3. 小児科　4. 循環器内科　5. 心臓血管外科 6. 整形外科　7. 脳神経外科　8. 形成外科　9. 皮膚科　10. 泌尿器科 11. 眼科　12. 耳鼻咽喉科　13. 人工関節　14. 麻酔科　15. 産婦人科 16. 総合診療科　17. 消化器内科　18. その他(　)	

当院では以下の侵襲的な治療ないし検査には個別の同意書を頂きます。
「手術、血管撮影、血管内治療、内視鏡、全身麻酔、腰椎麻酔、脊髄硬膜外麻酔、中等度以上の鎮静、抑制、造影剤検査、抗がん剤使用等」を除く、通常の診療行為(診察、看護、投薬、注射、画像検査、採血、採尿、生理学的検査、細菌検査、リハビリ訓練、栄養指導など)に関しては、この診療申込書の記載をもって同意の代わりとさせていただきます。

当院では、診療情報を積極的に患者さまご本人にお知らせし、患者さまにも積極的に診療に参加して頂くことで、より良い医療の提供を目指しております。そのためには、患者さまからの正確な情報が必要になります。原則、患者さまから頂いた個人情報は、ご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、個人情報を院内で規定している場合を除き、許可なく外部の第三者には提供致しません。また、当院は患者さまの誤認防止のため、お名前でお呼びしております。ただし、それを望まない場合には、お申し出下さい。

＊初診時の費用の注意事項＊

※初診にかかる費用として、初診療養費(選定療養費)1,500円徴収しています。
(紹介状持参の方、その他を除く)
なお、診療申込書のサインをもって、同意とさせていただきます。

※来院された皆様へのサービス向上を目指しております。今後の参考とする為、下記のアンケートにご協力下さい

当院をお選びいただいた理由	
1: 他院からの紹介	2: 他徳洲会病院より紹介
3: タウンニュース	4: 折込チラシ
5: 公開医学講座	6: 新聞記事の雑誌
7: テレビ・ラジオ	8: インターネット
9: 友人・知人の紹介	10: 他徳洲会病院通院
11: 救急当番案内	12: 救急車

職員記入欄
入力者
確認者

保険証	紹介状	健診	療養費