

診療申込票

記載するにあたり、裏面をお読みください。

申込日	平成 年 月 日		ID番号 [-]					
氏名 NAME	フリガナ		性 別	男 ・ 女	明大 昭平 年 月 日			年齢 歳
					西暦 年			
ローマ字表記 ※ (パスポート と同一)	姓 名				←中国渡航用健康診断を受ける方はご記入下さい。 (それ以外の方はご記入不要です)			
現住所 ADDRESS 電話番号 PHONE NUMBER	フリガナ		〒					
職業 勤務先 OCCUPATION								自宅(home TEL) ()
								携帯(mobile phone) ()
受診科名 (○をつけて下さい) ご不明な場合は お問合せください。	血液腫瘍 内科	感染免疫 内科	アレルギー 免疫内科	総合診療 科 (内科)	セカンド オピニオ ン	中国渡航 用 健康診断	一般用 健康診断	
	外科	関節外科	脳腫瘍外科	放射線科	その他の科 (ご予約の方のみ) 皮・眼・耳・神経・整・精神・ゲノム			
紹介状	有 ・ 無	*紹介状の無い方は、来院した経緯について教えてください。簡単に構いません。						

診療申込票について

当院で初めて診察を行うにあたり、「診療申込票」をご記入いただきますが、この申込票については下記により取扱いますので、ご了承のうえ記入願います。

今回、申込票に記載いただいた事項及び保険証の写しの記載事項等については、診療を行うにあたり患者さんの基本情報としてデータ登録を行います。

これからの情報については、下記により使用されます。

- カルテ等に記載し、診察を行うための患者情報
- 院外処方せんを発行する際の患者情報
- 保険組合などに診療報酬請求をする際の患者情報
- その他、当院内で行う統計調査 など