

診療申込書

REGISTRATION FORM

紹介状・CDなどをお持ちですか？ Do you have a referral letter/CD?		予約 Appointment		診察券/予約番号をお持ちの方はご記入ください。	
紹介状 Letter	CD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Hospital ID No.	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No	あり Yes	なし No	(No. - -)	
フリガナ		性別 Sex		生年月日 Date of Birth	
患者氏名 Full Name (in BLOCK)		男・女 M F		大正・昭和・平成・令和 YYYY/MM/DD 年 月 日 (歳) Age	
現住所 Address		〒			
電話番号 Phone No.		携帯 () Mobile		自宅 () Home	
第2連絡先 電話番号 Emergency Contact		必要時に病院から連絡してもよい番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 (関係 氏名) Relationship Name 電話: () Phone No.			
受診希望料をご記入ください。					
右記に該当する方は○をしてください。		交通事故		労災予定	

この用紙のご記入をもって、院内掲示されている診療に伴う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。

以下病院記入欄

※(氏名・住民票)保険証/身分証 () 申込書 通りです			
※ダミー 番 科 枠 (時 分)			
自費・生保・特診・相談・連携室・救外・救急車			
受付/保険証	登録/スキャン	確認	お渡し

三井記念病院 総合受付