

# 診 察 申 込 書

診察券  
番 号

記入後、**診察券・保険証**を添えて初診受付に提出してください（お持ちの方のみ） 年 月 日

フリガナ				性 別
氏 名 name				男 ・ 女
生年月日 birthday	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日 ( 才 )
住 所 address	〒 (        -        ) マンション・アパート名までご記入ください			
TEL	(        ) -	携 帯	(        ) -	( 本人 ・        )

● 該当するところを記入してください

- ① この病院で診察をうけたことが                      ある                      ない
- ② 本日、他の医療機関より紹介状をお持ちですか  
     ある → 紹介状・フィルム・CD-R・(                      ) 医療機関名【                      】  
     なし → 初診の場合は選定療養費として3,240円(税込)がかかります
- 
- ③ 浜松市の小中学生のみご記入ください  
     学校管理下でのケガですか                      はい                      いいえ
- ④ 仕事中のけが（労災）の方のみご記入ください  
     会社名【                      】  
     住 所  
     TEL (                      ) -
- ⑤ 施設等に入所中の方のみご記入ください      施設名 (                      )

● 診察を希望する科を○で囲んでください      **ただし紹介予約制の科もありますので、初診受付へご確認ください**

総合診療内科	婦人科・産科	神経内科	循環器科
消化器内科	小 児 科	脳神経外科	心臓血管外科
呼吸器内科	小 児 外 科	脳 卒 中 科	皮 膚 科
内分泌内科	呼吸器外科	泌 尿 器 科	形 成 外 科
腎 臓 内 科	大 腸 肛 門 科	耳 鼻 咽 喉 科	精 神 科
膠原病内科	消化器外科	眼                      科	手 外 科
整形外科	肝胆膵外科	眼形成眼窩外科	救 急 科

【一般的な診療行為の同意について】特別な検査・治療等を行う際には、医師からの説明に続いて同意書をいただきます。ただし一般的な診察、看護ケア、投薬、基本的検査（採血や画像検査等）、診療上必要な撮影につきましては、口頭での説明とご了解の確認のみとさせていただきます、上記のご記入をもちまして同意いただいたものといたします。なお、院内掲示または外来診療のご案内の『患者さんの権利と責務』もご覧ください。

【学術・教育目的での情報使用について】当院は臨床研修指定病院です。医学・医療の教育、発展を意図して、診療上得られた医学情報を学術的な勉強会、研修会等で提示させていただくことがあります。個人情報には厳重に保護されますので、あわせてご理解をお願いします。ご了解いただけない際にはお申し出下さい。

聖隷浜松病院

病院記入欄

保険証・交通事故・労災 自 費 ・ 生 活 保 護	確 認 済 保険証忘れ 手続き中	カード忘れ	最終歴(全科) . 年 月 日	コピー
------------------------------	------------------------	-------	--------------------	-----

入力