診 察 申 込 書

診察券番号 | | | | | | | | |

太枠内をご記入ください。　　年　　月　　日

フリガナ		性　別	
氏　名 name		男 ・ 女	
生年月日 birthday	明・大・昭・平・令　　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

● この病院で診察を受けたことが　　ある　　ない

● 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5,500円（税込）がかかります

● 施設等に入所中の方はご記入ください　　施設名【　　】

● 小・中、高校生の方へ

学校管理下でのケガですか　　はい　　いいえ

● 仕事中のケガの方はご記入ください

会社名【　　】

住　所

TEL（　　）　　－

● 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	上部消化管外科	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】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、口頭での説明と承諾の確認のみとさせていただきます。

【聖隷福祉事業団が運営する医療施設での診療情報等の相互提供・照会について】正確な情報に基づいた、高度で安全な医療提供を目的に、当院を含む聖隷福祉事業団が運営する医療施設（自治体に指定されて運営を代行している医療施設を含みます）の間で、一部聖隷福祉事業団ネットワークを利用し、各施設に記録・保管されている診療情報・健診情報・画像等（利用者情報）の相互提供・照会をおこないます。

【個人情報の取り扱いについて】当院は個人情報を正確かつ安全に取り扱い保護するために、個人情報保護方針及び、個人情報の利用目的を定めております。

【研修医・実習生の治療やケアの参加について】当院は臨床研修指定医療機関であるため、初期研修医が治療に参加致します。他にも医学生・看護学生・薬学部学生・リハビリテーション学部学生・助産学生など様々な医療関連の大学・学校から実習生を受け入れており、治療に参加する場合があります。

■以上、本書のご記入をもちまして同意いただけたものといたします。詳しくは院内掲示、当院ホームページをご覧ください。

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 □