診 察 申 込 書

（ 新患 ・ 再発行 ・ カード忘れ ）

診察券番号								

太枠内をご記入ください。　　**記載日　　年　　月　　日**

フリガナ			性 別
氏 名 name			男 ・ 女
生年月日 birthday	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		
本 人 連絡先	（　　）　　－	その他 連絡先	（　　）　　－　　（続柄　　）

● 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

は い → 医療機関名【　　】

紹介状・CD-R・フィルム

※お持ちの方は該当するものに丸をご記入ください。

いいえ → 初診の場合は選定療養費として7,700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

● 仕事中のケガですか　　はい ・ いいえ

会 社 名【　　】

担当者名【　　】

住　　所

ＴＥＬ （　　）　　－

● マイナ保険証を利用されない方へ

高額療養費制度の限度額区分をオンラインにて当院が取得することに同意しますか　はい ・ いいえ

下記を受付前にお読みください

【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。

【臨床研修医の診療、学生等の研修・見学について】当院は、厚生労働省が定める基幹型臨床研修病院です。上級医師の指導のもと、臨床研修医も患者さんの診察を行います。また、医療職の育成推進のため、医療系の学生、特定行為研修の看護師等に、臨床現場の見学・実習・研修に参加させることがあります。

■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。
なお、当院ではマイナ保険証等を通じて診療情報を取得・活用し、質の高い医療の提供に努めております。
マイナ保険証のご利用にご協力お願いいたします。

聖隷浜松病院

備考