

診療受付申込書

受付日	年 月 日
-----	-------

紹介状・レントゲンコピー等をお持ちの方は受付にお出し下さい。

本日ご希望の診療科		科	←この色の欄は必ずご記入をお願いします。	
フリガナ			性別	
氏名			男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日
現住所 <small>アパート・マンション名までご記入をお願い致します。</small>	〒			
電話番号	()	-	連絡先 優先順位	
携帯電話番号	()	-		
上記以外の 緊急連絡先 ※必ずご記入下さい	フリガナ 氏名			続柄
	住所	〒		
	電話番号	()	-	
	携帯電話番号	()	-	
施設に入所中の方は、ご記入下さい	フリガナ 施設名			
	電話番号	()	-	

お薬手帳を本日お持ちですか？	<input type="radio"/> ・ <input type="radio"/>
----------------	---

※ 当院では、来院される皆様へのサービス向上をを目指しております。
今後の参考とするため、下記のアンケートにご協力下さい。

当院をお選びいただいた理由 (○で囲んで下さい)	
1.他院からの紹介(病院 紹介状有・CD-R有)	2.他の徳洲会病院からの紹介 (病院 紹介状有・CD-R有)
3.タウンニュース	4.折込みチラシ
5.健康講座	6.新聞・雑誌
7.テレビ・ラジオ	8.インターネット
9.近所だから	10.ご家族が当院に受診歴あり
11.友人・知人の紹介	12.救急当番案内
13.救急車	14.その他【 】

◆当院では、診療情報を患者様本人にお知らせし、患者様にも積極的に診療に参加して頂くことで、より良い医療の提供を目指しております。そのためには、患者様からの正確な情報が必要になります。原則として患者様から頂いた個人情報は、ご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、また個人情報を法令で定める場合を除き、患者様の許可なく外部の第三者には提供いたしません。