

診療受付申込書

※項目ご記入の上、保険証、医療受給証等を添えて受付までお持ちください。

I D		申込日	年	月	日
フリガナ		性別	国籍		
氏名		男	・	女	
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日生 (歳)				
現住所	〒 —				
	電話番号	—	—	携帯番号	—
緊連絡先	名称又は氏名		続柄		
	〒 —				
	電話番号	—	—	携帯番号	—
希望される診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン				
紹介状	有	・	無	紹介元病院名 / 診療所名	

《 個人情報保護方針について 》

1. 当院では、「個人情報保護に関する法令」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス(平成29年5月30日施行 改正個人情報保護法)」を遵守し、個人の人格尊重の理念の下、業務上必要な範囲に限り患者様同意のもと個人情報を収集、利用致します。
 2. 患者様よりご提供頂きました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏洩等が起こらないよう適切管理を徹底いたします。
 3. 個人情報保護の仕組みを継続的に改善出来るよう、職員一同取り組んでまいります。
- 《 個人情報保護方針 》 上記事項をお読み頂き、同意の可否について ○ をして下さい。

同意します ・ 同意しません

《 初診時保険外併用療養費について 》

当院では、他保険医療機関等からの紹介によらず直接来院された患者様の初診に係る費用として、**初診時保険外併用療養費1,000円(税別)**を頂いております。

但し、緊急その他やむを得ない事情により紹介によらず来院した場合は、この限りではありません。詳しくは1階受付窓口までお問い合わせください。

《 初診時保険外併用療養費について 》 上記事項をお読み頂き、同意の可否について ○ をして下さい。

同意します ・ 同意しません

医療法人沖縄徳洲会 千葉徳洲会病院