

診療申込書／登録内容変更申請書

<input type="checkbox"/> 診療申込	診察券番号: _____
<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 1. 住所変更 2. 氏名変更	
<input type="checkbox"/> 診察券の再発行	

フリガナ	旧姓	性別
氏名		1. 男 2. 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)	国籍:
住 所	〒 _____	
第1連絡先電話番号	必要時に病院から連絡してもよい番号をご記入ください。 Tel: _____ □本人 □家族(続柄: _____ 氏名 _____)	
第2連絡先電話番号	Tel: _____ □本人 □家族(続柄: _____ 氏名 _____)	
勤 務 先	名称: _____	Tel: _____
今までに当院で診察を受けたことがありますか？	あり	なし
紹介状はお持ちですか？	あり	なし
本日、予約はありますか？	あり	なし
予約「なし」の場合、受診希望料をご記入ください。		

この用紙のご記入をもって、当院における運営基本方針を理解した上で、当院での診察、投薬、各種検査(HBV, HCV, HIV 検査を含む)等に同意されたものとさせていただきます。このほか特別に同意書の提出が必要な処置・手術に関しては、院内掲示をご覧ください。「受診される皆様の権利」「受診される皆様に守っていただく事」に関する掲示もございます。なお、当院は教育病院であり、診察・治療において医学生・研修医が参加することがあります。ご理解とご協力をお願いいたします。

.....以下、病院記入欄

受付	説明	入力	案内	95・98・93(交)・91(労)・95→91(労災)

SLBC-2012.4.11-Ver.2.00