

受診申込書（及同意書）

ID

0							
---	--	--	--	--	--	--	--

太枠の中をご記入下さい。

フリガナ			男性	生年月日	年	月	日
氏名			女性	電話番号	()		
				携帯番号	()		
現住所	〒 都 道 市 町 村 区 番 地 号		(アパート名、部屋番号等)				
受診科	科	申込年月日		年	月	日	
今までに当院にて受診されたことがありますか？ (ある ・ ない) 年 月頃							
* 下記の項目に該当する方は○をつけてください。 ・ 他院からの紹介 (有 ・ 無) ・ 交通事故 ・ 労災 ・ 健康診断				* 左記の項目に該当のない方で、現在療養中の「かかりつけ」の医院はございますか？ (ある ・ ない) ある場合は、下記に「かかりつけ」の医院名をご記入願います。 ()			
上記の項目に該当しない場合、初診に相当する療養区分「初診時特定療養費として」7,700円を別途頂くこととなります。							

- 当院では救命上医師が必要と判断した場合、輸血を行います。
上記について同意いただけたら「」欄にチェックをお願いします。

個人情報の利用目的について

この申し込み書に記載していただいた個人情報につきましては、独立行政法人国立病院機構において、以下の目的のためだけに利用させていただきます。

1. あなたに医療サービスを提供するため
2. あなたに提供した医療サービスに関する医療保険事務を行うため
3. あなたに関係する入院等の病棟管理、会計、経理医療事故等の報告、医療サービス向上のため