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	明・大・昭・平	年　月　日
氏　名		女性	電話番号	（　　）	
			携帯番号	（　　）	
現住所	〒 都　道　市　町 府　県　郡　村 区　区　番地　号 （アパート名、部屋番号等）				
受診科	科	申込年月日　平成　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　）昭和・平成　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」 5，000円を別途頂くことになります。

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