

# 診療申込書

当院では、患者様をお名前でお呼びさせていただきます。  
不都合のある方は受付窓口までお申し付けください。

ID( )			受診日	年	月	日
ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日生 ( )歳
氏名						
住所	〒 -					
電話番号	自宅					
	携帯電話					
	必ず連絡が取れるその他の連絡先 (勤務先以外)	電話番号:	名前:		続柄:	
		電話番号:	名前:		続柄:	
勤務先	会社名					
	住所	〒 -	電話番号			

他の医療機関からの紹介 無・有 医療機関名 [ (手紙:無・有) ]

当院を知った理由は?	<input type="checkbox"/> 友人知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 以前に来院したことがある <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> テレビを見た <input type="checkbox"/> 病院を見たことがある	<input type="checkbox"/> インターネットの医療機関情報を見た <input type="checkbox"/> 雑誌・新聞を見た( ) <input type="checkbox"/> 家族が受診したことがある <input type="checkbox"/> 当院主催の市民講座に参加して <input type="checkbox"/> その他( )
------------	---	---

当院を選んだ理由は?	<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 勤務先が近い <input type="checkbox"/> 病院が新しくなったから <input type="checkbox"/> 口コミを見て・聞いて <input type="checkbox"/> 待ち時間が短いと思った <input type="checkbox"/> 交通の便が良い	<input type="checkbox"/> 受診したい診療科がある <input type="checkbox"/> 医療設備が良いと思った <input type="checkbox"/> 専門性の高い医療を提供している <input type="checkbox"/> 市民講座の講演が良かった <input type="checkbox"/> 当番病院 <input type="checkbox"/> その他( )
------------	---	---

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。  
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

ご協力、ありがとうございました 

事務記載欄 (患者様のご記入は不要です)					
時間帯	<input type="checkbox"/> 時間内	<input type="checkbox"/> 時間外	<input type="checkbox"/> 深夜	<input type="checkbox"/> 休日 ( : )	