

昭和大学病院附属東病院 診療申込書

診察券をお持ちの方はこちらに診察券の番号をお書きください	登録番号	0	0						
------------------------------	------	---	---	--	--	--	--	--	--

①～③の太枠内をご記入ください

①下記の文面をご確認ください □にチェックをつけて最後に署名をしてください

個人情報の取り扱いについて

当院は個人情報保護法及び関係法令に基づき、適切に個人情報を管理しております。以下の患者情報の利用目的をご理解の上、情報の提供と利用にご同意くださいますようお願い致します。

適正な保険診療を実施するため、初診時、変更時、更新時には保険証のコピーをとらせていただきます。コピーは、一定期間保管後、責任をもって廃棄します。

昭和大学は全附属病院間で連携して診療に当たるため、必要に応じて患者情報を共有します。

紹介状お持ちの方
 工作中・通勤途中の傷病の方(労災)
 交通事故に遭われた方
 傷害に遭われた方

以上のことに同意します。 患者もしくは身元引受人氏名: _____ 続柄) _____

②受診希望される科に○印をつけてください

70	リウマチ膠原病内科	75	脳神経内科	78	精神神経科	87	眼科
83	整形外科	85	リハビリテーション科	95	ペインクリニック(麻酔科)	51	睡眠医療センター
51	呼吸ケアセンター					56	

③以下の太枠内をご記入ください

お名前	フリガナ (姓)	(名)	性別	1:男	年齢	歳	生年月日は保険証をもとに登録致します。保険証をお持ちでない方は受付担当者よりお問い合わせ致します。
				2:女			

ご住所	〒						
		都道府県		市区町村			

自宅	()	-	続柄
携帯	()	-	本人・()
緊急連絡先	()	-	実家・()

※職員の方
 (施設名: ())
 (部署名: ())
 Tel () -
 (内線: ()) (PHS ())

以下、事務記入欄

初診予約 (有 ・ 無)

紹介状
 本院コンサル
 セカンドオピニオン (97)
 健診 (87)

CD-R
 東コンサル
 プレパレート
 フィルム
 切替 (982)
 (保険・自賠・傷害・労災)

情報提供書1
 救急車 (緊①)
 住所変更・氏名変更 (→)

※昭和・立正・明治大学 の方
 学生証番号: _____
 卒業年月日
 _____ 年 月 日卒業

備考	次回予約日 科 年 月 日	受付	登録	画面確認		
	最終来院日 科 年 月 日					