

昭和医科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こに診
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。
- ☐ 当院ではオンライン資格確認システムを導入しています。必要に応じて審査支払機関又は保険者へ保険情報など個人情報を照会させていただきます。
- ☐ 適正な保険診療を実施するため、初診時、月初めの来院の際はマイナンバーカードでの保険確認を実施しております。
- ☐ 昭和医科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	54	甲状腺外来			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	生年月日はマイナンバーカードをもとに登録致します。お持ちでない方は受付担当者よりお伺い致します。
				2:女			
ご住所	〒						
	都道府県	市区町村	(マンション・アパート名・部屋番号も記入)				
自宅	()	-	続柄		※職員の方		
携帯	()	-	本人・()		(施設名:)		
緊急連絡先	()	-	実家・()		(部署名:)		
					Tel () - (内線:)・(PHS)		

以下、事務記入欄

初診予約 (有 ・ 無)

☐ マイナのみ☐ 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 (96)
(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 (→)

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					