

診察申込書

一般社団法人 巨樹の会 新上三川病院

R06.08.09

R07.01.01

ID:

① 当院を受診されたことがありますか はい ・ いいえ

② 別紙の「診察を申し込まれる患者様へのお願いと確認」・「個人情報の取扱いについて」をご確認いただき
ご同意をいただいたうえで、ご署名をお願いいたします。

記入日:

署名 患者本人 _____ 代理人・保護者 _____ 2025年 ____ 月 ____ 日

※事故防止のために、氏名・フリガナ・生年月日を間違いのないようにご記入ください。名前をお呼びする際
も必要ですので、フリガナの記入にご協力ください。

③

フリガナ							
患者氏名							
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生	性別 男・女	年齢	才
住所	〒 _____						
電話番号	自宅		携帯				
勤務先		職種		勤務先 TEL			

④ 当院では、症状の落ち着いた患者様に対して、かかりつけ医での加療を推進しています。
かかりつけ医がある患者様につきましては下記に必ずご記入ください。

医療機関名		(住所)	(医師名)
医療機関名		(住所)	(医師名)

⑤ 薬剤等の管理につき必要な情報となりますので心療内科や精神科に受診歴のある患者様は下記にご記入ください。
※個人情報について、厳重に管理致します。

医療機関名		(住所)	(医師名)
-------	--	------	-------

高額療養費制度の情報提供 : (可 ・ 否) 保険証確認: あり ・ なし (身分証確認: あり ・ なし)