診療申込書

●以下の欄すべてにご記入願います。該当する□には《☑》を記入願います。

（記入日）西暦　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		□男 □女	□大正 □昭和 □平成 □令和 年　　月　　日	才
現住所	〒			
連絡先	ご自宅	☎	（携帯電話）	
	勤務先	☎	（名称）	
	緊急時	☎	（氏名）　　（続柄）	
職業				
現在ご入院中ですか	□いいえ　　□はい			
紹介状をお持ちですか	□いいえ　　□はい			
何が原因ですか	□自然に　　□その他（　　） □仕事中　　【 通勤途中 ・ 作業時 】 □交通事故　　【 通勤途中 ・ 通勤以外 】			
マイナ保険証による診療情報の取得に同意について	□同意する　　□同意しない			

●アンケートにご協力をお願いします。成尾整形外科病院を選んで頂いた理由に ☑ 印をお付け下さい。

□ 家族や知人から勧められて	□ 医療施設や設備が良いから
□ 病院の評判を聞いて	□ 家や職場が近いので
□ 他の医療機関（医師）からの紹介	□ 単に整形外科なので
□ 講演会等に参加して良かったので	□ 事故や救急として
□ TV・新聞・雑誌などを見て	□ その他（　　）
□ ホームページ、ブログ、Facebook、LINE公式アカウントなどを見て	

当院では臓器提供カード（ドナーカード）においては生命倫理及び「臓器移植に関する法律の運用」ガイドラインをもとに患者さま・御家族さまの意思を尊重した対応を行っております。
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います。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をお願いいたします。

成尾整形外科病院