

# 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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 年	<input type="checkbox"/> 昭和 月	<input type="checkbox"/> 平成 日	<input type="checkbox"/> 令和 才
現住所	〒					
連絡先	ご自宅 ☎	携帯 ☎				
	勤務先 ☎	(名称)				
	緊急時 ☎	(氏名)			(続柄)	
職業						
直近の入院歴	<input type="checkbox"/> 入院中			<input type="checkbox"/> 3カ月以内の入院歴あり		<input type="checkbox"/> なし
	医療機関名：					
紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> はい		
何が原因ですか	<input type="checkbox"/> 自然に			<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 仕事中			【 通勤途中・作業時 】		
	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 同意する			<input type="checkbox"/> 同意しない
(介護認定を受けている方)要介護度			<input type="checkbox"/> 要支援【1・2】			<input type="checkbox"/> 要介護【1・2・3・4・5】

●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。

<input type="checkbox"/> 家族や知人から勧められて	<input type="checkbox"/> 医療施設や設備が良いから
<input type="checkbox"/> 病院の評判を聞いて	<input type="checkbox"/> 家や職場が近いので
<input type="checkbox"/> 他の医療機関（医師）からの紹介	<input type="checkbox"/> 単に整形外科なので
<input type="checkbox"/> 講演会等に参加して良かったので	<input type="checkbox"/> 事故や救急として
<input type="checkbox"/> TV・新聞・雑誌などを見て	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 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。

当院は正確な診療情報を取得・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。

受診の際は、以下をご持参ください。

- ・マイナンバーカード（または保険証）
- ・（お持ちの方）限度額認定証等の医療券（マイナンバーカードで受診される方は不要）