

診療申込書

(前回受診から3ヶ月以上経過した患者様用)

● **太枠内**のみご記入願います。

(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) ☎	(携帯電話) ☎				
	(勤務先) ☎	(名称)				
	(緊急時) ☎	(氏名)		(続柄)		
現在ご入院中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
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					
前回と同じ症状ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> いいえ → 下の欄もご記入願います					

● 前回と違う症状の場合には以下の該当する□に《☑》をご記入願います
(別途、< 整形外科 外来問診表 >にも記載頂きます)



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 】				

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）