

FAX送付先番号:045-581-2213

郵送先住所:〒230-0017

横浜市鶴見区東寺尾中台29-1

平和病院 相談室 宛

受付	登録	確認

診療申込書

受診日	平成 年 月 日 時 分		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
フリガナ	〒 -		
住 所			
電話番号	自宅: ()	携帯:	- -
来院予定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 診療申込書記入者 <input type="checkbox"/> その他(続柄:)		
保険証	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者: 区役所 様 連絡先電話:)		
●以前当院に受診されたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			
●予約日より前に空きが出た際、診療予約日を早める希望はありますか? <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			
●備考(希望等ございましたらご記入下さい)			

診療申込書記入者氏名:

続柄:

ご家族連絡先(緊急連絡先)氏名:

続柄:

連絡先電話番号:自宅

()

携帯:

- -

※個人情報の取り扱いについて

診療申込書および保険証のコピーは、診療録(カルテ)の作成や審査支払基金等へのレセプト提出の医療保険事務に利用させていただきます。なお、診療録にあたり、プライバシーを厳守します。

※病院確認欄

・医事課(/) ・病棟(/) ・サイハウス(/) ・予定表(/)	MSW
	/