

カルテ番号

--	--	--	--	--	--

## 診療申込書兼包括同意書

太線の中を記入願います

年 月 日

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
患者氏名			<input type="checkbox"/> 女		年 月 日生	

住所	〒 -				
----	-----	--	--	--	--

電話番号	(携帯) - -	(自宅) - -
------	----------	----------

他の医療機関からの紹介状はありますか (CD-Rをお持ちの方は紹介状と併せて提出願います)	<input type="checkbox"/> 持っている	<input type="checkbox"/> 持っていない
--	--------------------------------	---------------------------------

## 本日の受診について

仕事中または通勤中の怪我(または病気)による受診ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

交通事故による怪我(または病気)での受診ですか ※「はい」を選択された場合、以下①②に回答願います	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
--	-----------------------------	------------------------------

①本人もしくは相手方保険会社名	(保険会社名)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 相手方
-----------------	---------	---

②保険会社に診断書・診療報酬明細書等の診療情報を提供することに同意しますか	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
---------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

## 希望される診療科

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・血液内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 総合診療
<input type="checkbox"/> 女性内科(予約制)	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科(予約制)	<input type="checkbox"/> 精神科(予約制)	<input type="checkbox"/> 皮膚科(予約制)	<input type="checkbox"/> 眼科(予約制)
<input type="checkbox"/> 健康診断(予約制)				

※予約制の診療科は当日の受診は原則できませんので、ご了承ください。

関門医療センターは、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。

～患者さんへ大切なお願い～

診察を申し込まれる前に、裏面の包括同意のお願いを必ずお読みいただき、同意したうえで診療をお申込みください。