

外来診療申込書

(Outpatient Registration Form)

登録番号

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

- * 太枠内をボールペンで正確にご記入ください。
- * 保険証・紹介状と一緒に窓口へ提出してください。
- * 労災・交通事故による受診の方はお申し出ください。

登録区分	<input type="checkbox"/> 新規(新・sc) <input type="checkbox"/> 変更(住所・氏名等)
受診日	20 年 月 日

フリガナ																											
氏名 Full Name												生年月日 Date of Birth	大昭 平令	年	月	日											
												年齢 Age	歳	性別 Sex	男・女 (M)(F)												
現住所 Address	〒	-	電話(自宅) Phone No. landline				-	-	(携帯) Cellular phone				-	-													
	都道 府県		郡区 市																								
職業 occupation												勤務先住所 workplace address	〒	-	(電話)				-	-							
勤務先 workplace																											
緊急連絡先 (本人以外) emergency contact	フリガナ												続柄 relationship														
	氏名												電話 (携帯・自宅)	-	-												
〒		-	都道 府県				郡区 市																				
紹介状 medical referral letter	有・無	医療機関名 medical institution													(科名)												(医師名)
診療科 Medical Departments	消化器・肝臓内科	糖尿病内分泌	海外渡航・ワクチン	整形スポーツ	骨粗鬆症	リハビリテーション	ペインクリニック	東洋医学鍼灸	東洋医学漢方	メンタルヘルス	こどものこころ	小児てんかん	生活習慣病	成長発達支援	小児外科	遺伝外来	胎児超音波	血液凝固	泌尿器科								
	IBDセンター																										

備考 (当番サイン)	持参CD	有・無	お薬手帳	有・アプリ 無・忘れ	受付時間	:	入力者 サイン	確認者 サイン
	保険種別	保険	生保	労災	自賠	自費()	保険証返却確認サイン欄	

総医セ 医事	サイン	かわクリ 医事	会計入力者 サイン
-----------	-----	------------	--------------

マイナンバー使用

個人情報の取り扱いについて

① ②

- 患者さんの個人情報については、当院の保護規則に定める利用目的以外に使用いたしません。
- 埼玉医科大学病院、埼玉医科大学総合医療センター、埼玉医科大学国際医療センターならびにかわごえクリニックが保管する患者さんの個人診療情報を電子カルテシステム等を介して相互参照させていただきます。
相互参照するために患者さんの個人情報を埼玉医科大学病院、埼玉医科大学国際医療センターならびに埼玉医科大学総合医療センターに登録させていただきます。
- 保険証のコピーを取り使用させていただきます。
- ※上記の内容について、特にお申し出がない場合は、同意を得られたものとして取り扱いさせていただきます。
ご不明な点につきましては、1階総合事務室までお問い合わせください。