診 察 申 込 書

一般社団法人 巨樹の会　新上三川病院
R08.06.01
R07.06.10一部改訂
R08.06.01一部改訂

ID:

① 当院を受診されたことがありますか　　はい ・ いいえ

② 別紙の「診察を申し込まれる患者様へのお願いと確認」・「個人情報の取扱いについて」をご確認いただきご同意をいただいたうえで、ご署名をお願いいたします。

記入日:

署名　患者本人　　代理人・保護者　　2026 年　　月　　日

※事故防止のために、氏名・フリガナ・生年月日を間違いのないようにご記入ください。名前をお呼びする際も必要ですので、フリガナの記入にご協力ください。

③

フリガナ 患者氏名							
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生			性別	男 ・ 女	年齢	才
住所	〒　　－						
電話番号	自宅			携帯			
勤務先		職種		勤務先 TEL			

④ 当院では、症状の落ち着いた患者様に対して、かかりつけ医での加療を推進しています。
かかりつけ医がある患者様につきましては下記に必ずご記入ください。

医療機関名		(住所)	(医師名)
医療機関名		(住所)	(医師名)

⑤ 薬剤等の管理につき必要な情報となりますので心療内科や精神科に受診歴のある患者様は下記にご記入ください。
※個人情報について、厳重に管理致します。

医療機関名		(住所)	(医師名)

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めて参ります。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの保険証利用にご協力をお願いいたします。
◆電子的診療情報連携体制整備加算（初診時、月1回）　9点　（再診時、月に1回）　2点