

診察(新患)申込書

医療生協さいたま 熊谷生協病院

別紙の「個人情報の利用目的」及び「個人情報の取り扱いについて」に同意される場合は、下の□にチェックのうえ、以下にご署名ください。なお、同意しがたい事項がある場合にはその旨お申し出ください。また、同意をいただいた後でも個別に不同意を表明することが可能です。

同意します（同意される場合はチェックをお願いします）

当院では、患者様をお名前でお呼びしています。お名前をお呼びしてもよろしいですか？

はい大丈夫です。 名前で呼ばないでほしい。（＝番号でお呼びします）

記入日	年 月 日
フリガナ	性別
氏名	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才
住所	〒 ー
ご連絡先	(携帯電話) (固定電話)
ご連絡先の使用目的	ご連絡先は、なるべく日中ご連絡のつく電話番号をご記入ください。 ・検査結果が異常値等で再受診の必要性が生じた場合等 ・その他、医療・介護に関するご連絡の必要性が生じた場合等
ご利用は？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に利用したことがある
 医療生協さいたまの組合員ですか？	
<input type="checkbox"/> 加入している (組合員である) <input type="checkbox"/> 加入していない (組合員ではない) <input type="checkbox"/> わからない	
何科に受診希望ですか？ 内科 ・ 小児科 ・ その他()	
ご利用になった理由を教えてください。(2つまで)	
<input type="checkbox"/> 近いから・通院しやすいから <input type="checkbox"/> 医療生協の組合員だから <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 夜間・休日診療しているから <input type="checkbox"/> 家族が利用しているから <input type="checkbox"/> 健康診断後の相談のため <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 組合員や知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 健康相談、認知症学習会、子育て相談会への参加がきっかけ	

※以下職員使用欄

受付者		登録者		ID番号	
加入確認	組	未組	加入説明者		
事前予約	あり	なし			
新患カルテ完成チェック	<input type="checkbox"/> 保険証の名前と一致 <input type="checkbox"/> 保険証の性別と一致				
	<input type="checkbox"/> 保険証の生年月日と一致 <input type="checkbox"/> 保険証の保険と一致				

熊谷生協病院 2019.5.1改訂