

① 受診の理由をお聞かせ下さい。いずれか□にチェックをお願いします。

病気・けが

仕事中的のけが

交通事故でのけが

② 以下の枠内をご記入ください。

フリガナ		性別
氏名		男・女
住所	〒 —	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	才
電話番号	— —	
携帯番号	— —	
医療保険	社保・国保・後期高齢・生保・( )	
公費	身体障害認定あり・難病認定あり・乳幼児・ひとり親	

【緊急連絡先】

フリガナ	
お名前	続柄 ( )
連絡先	電話番号 — — 携帯電話 — —

③ 下記の文面をご確認ください。最後に署名をお願い致します。

- ・ 当院では、診療情報を積極的に患者様ご本人にお知らせし、患者様にも積極的に治療に参加して頂くことで、より良い質の高い、安全な医療の提供を目指しております。そのためには、患者様からの正確な情報が必要です。原則として患者様からご提供頂いた個人情報、ご本人の治療・健康管理の目的以外には使用せず、法令で定める場合を除き、患者様の許可なく外部の第三者には提供致しません。
- ・ 診療上必要な場合、上記の住所、電話番号に連絡させて頂くことがあります。
- ・ 未成年の方は保護者の同意の上でご通院下さい。保護者が付き添わない場合、治療内容に制限がある場合もございますので、予めご了承下さい。
- ・ 健康保険内の治療を行っております。保険に適合しない事柄には別途費用を要します。
- ・ 適切な保険診療を実施するため、初診時・変更時等に保険証の確認をさせていただきます。
- ・ 何らかの理由で健康保険証を確認できない場合、自費でお支払いいただくこととなります。
- ・ 仕事もしくは交通事故でのけがで受診される場合、健康保険が適用にならない場合がございます。労災保険（公務災害）もしくは自賠責保険が適用の対象となります。ご来院時ご説明をさせて頂き、必要書類にご記入頂きます。
- ・ 身体障害もしくは難病認定等公費医療の認定を受けている方は、手帳もしくは受給者証を確認させていただきますので、ご提示下さい。

上記の内容を了承し、診療の申し込みを致します。

署名 \_\_\_\_\_