

診療申込書

二重線の枠内に記入し、該当するものに✓をつけて下さい
保険証とともに、初診窓口にお出し下さい

村山医療センター

申込日 平成 年 月 日

病院使用欄 ID - -

| | | | |
|--|------------------|--------------|--------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日・性別 | 明 大 昭 平 | 年 月 日生(年齢 才) | 男 女 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 自宅電話 | - - | | |
| 携帯電話 | - - | | |
| 緊急連絡先 | - - (家族・勤務先・その他) | | |
| ※電話番号が1箇所しか記入のない場合、連絡がとれずご迷惑をかけることがあります。 | | | |
| <input type="checkbox"/> ご自分の病状をご家族に知らせないことを希望する方は✓をつけて下さい | | | |
| <input type="checkbox"/> ご自分の病名の告知を希望しない方は✓をつけて下さい | | | |
| 該当する項目があれば✓をつけて下さい <input type="checkbox"/> 業務中の傷病 <input type="checkbox"/> 通勤途上の傷病 <input type="checkbox"/> 交通事故 | | | |
| 備考 | | | |

<アンケート項目> より良い患者サービスを図るため、アンケートのご記入にご協力をお願いいたします。

① 当院を選んだ理由(複数回答可)

自宅・職場から近い 以前受診したことがあるから 専門医がいるから
 治療実績が豊富だから 専門外来があるから 知人からの紹介
 他院からの紹介(病院・開業医) その他()

☆上記の選択理由は、どこから情報を得ましたか?

当院ホームページ クチコミ 他院の医者・地域連携室 雑誌・広告等
 以前から知っていた

② 来院方法 ※ 駅からバスの場合には、電車とバス両方に✓をつけて下さい

徒歩 自家用車 電車 バス タクシー

| | | | | |
|-------|--|---|------|--|
| 病院使用欄 | <input type="checkbox"/> 紹介状なし <input type="checkbox"/> 紹介状あり <input type="checkbox"/> 地域連携経由 <input type="checkbox"/> 救急車 | | | |
| | 受診科 | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形 <input type="checkbox"/> リハ <input type="checkbox"/> リウマチ | | |
| | <input type="checkbox"/> 特定療養費説明 <input type="checkbox"/> 受診歴 | | 院内番号 | |