

# 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。  名前と呼ばないでほしい。(=番号でお呼びします)

記入日	年 月 日		
フリガナ			
氏名			性別 男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 才
住所	〒 —		
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( )			

## ※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				