

診療申込書

川崎医療生活協同組合
川崎協同病院

REGISTRATION (Please print)

- ①受診される方のお名前、ご住所など必要事項を記入し受付窓口にご提出下さい。
 ②保険証、受給者証、紹介状、組合員証(組合員の方)も本申込書に添えて提出下さい。
 ③申込書の記入事項は法律で定められた手続きに必要な内容です。正確にご記入下さい。
 ④内科、整形外科、皮膚科の診察はふじさきクリニックで行っています。
 救急の場合は受付にご相談下さい。

申込年月日 年 月 日

氏名 Name	(フリガナ)	男 M	生年月日			
		女 F	Birthday	Year	Mont	Day
	明・大・昭・平 年 月 日					
※氏名が変られた方のみ記入下さい 変更前の氏名()						
住所 PresentAddress	郵便番号					Nationality
	県					
	市 区 町 丁目 番 号					
	アパート・マンション名 部屋番号					
	日中連絡が付きやすい番号をご記入ください。 電話番号 Phone 携帯 () - 自宅 () -					
該当するものがあれば ○をつけてください。	今までに協同病院を受診したことがありますか					はい・いいえ
	今までにふじさきクリニックを受診したことがありますか					はい・いいえ
	本日は他の病院,クリニック等からの紹介状をおもちですか					はい・いいえ
	ケガの場合にお尋ねします。ケガの原因に該当するものがあれば○印をつけて下さい。 ①工作中・通勤中のケガ ②交通事故 ③他人から受けたケガ					
診療科	受診を希望される科に○印をご記入下さい 内科, 小児科, 外科, 整形外科, リハ科, 産科, 婦人科, 泌尿器科, 眼科, 耳鼻科					
医療生協	川崎医療生協に加入されていますか はい いいえ		当院は川崎医療生活協同組合が運営する組合員の医療機関です。 ご利用にあたり、医療生協に加入いただけるよう、ご案内をさせていただきます			

【診療申込書の利用目的】

- ①この診療申込書に記入された内容は、当院を利用される方への医療サービス提供のための個人情報として利用させていただきます。
 ②当院の個人情報保護に関する詳細は別に掲示しました「個人情報保護に関する利用目的」をご確認いただき、初診時におけるご了解をもって、個人情報の取得と利用についてご同意されたものとして取り扱わせていただきます。
 ③尚、診療申込書に記載の内容については、後で取り消し、変更等を行うことができます。