担当者	確認者

診 療 申 込 書

下記太枠の中を正確にご記入ください。受付に本申込書とマイナンバーカード又は保険証をご提示ください。

ＩＤ		受付日 20　年　月　日		
フリガナ			性別	男 ・ 女
名前	姓	名		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日　年齢　歳			
住所	〒　－			
電話番号	自宅　－　－　携帯　－　－			
緊急連絡先 （本人以外）	（氏名）　－　－　（続柄）			
※ マイナンバーカード利用の方のみ記入	マイナ保険証による診療情報（特定健診情報・診療/薬剤情報）の取得に同意しますか？		☐ はい ☐ いいえ	
紹介状	有 ・ 無	紹介医		
受診される科の☐にチェックして下さい	☐ 大腸・肛門外科 ☐ 外科 ☐ 消化器内科 ☐ 内科 ☐ 泌尿器科 完全予約制 ☐ 婦人科 ☐ 緩和ケア内科 ☐ 漢方内科 ☐ ペインクリニック内科 ☐ 骨盤臓器脱外来 ☐ IBDセンター			
グループ病院に受診していた方は☐にチェックして下さい いつ頃？	☐ 受診なし ☐ 東葛辻仲病院 ID(　)(　年　月　日) ☐ 辻仲柏クリニック ID(　)(　年　月　日) ☐ 辻仲つくばクリニック ID(　)(　年　月　日)			
当院をどのようにして、お知りになりましたか？	1. 友人・知人　2. 家族　3. 職場　4. 病院・診療所 5. 雑誌・本　6. 駅の看板　7. 電話帳 8. ホームページ　9. メール相談 10. その他（　） 11. 東葛辻仲病院 ・ 辻仲柏ｸﾘﾆｯｸ ・ 辻仲つくばｸﾘﾆｯｸ			

個人情報の取り扱いについて

当院は個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いについては細心の注意を払っています。
個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

●医療提供
- 当院での医療サービスの提供
- 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- 他の医療機関等からの照会への回答
- 患者さまの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 検体検査業務の委託その他の業務委託
- ご家族等への病状説明
- その他、患者さまへの医療提供に関する利用

●診療費請求のための事務
- 当院での医療・労災保険、公費負担医療に関する利用
- 審査支払機関へのレセプトの提出
- 審査支払機関又は保険者への照会
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- その他、医療・労災保険及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

●当院の管理運営業務
- 会計・経理
- 医療事故等の報告
- 入退院等の病棟管理
- 当該患者さまの医療サービスの向上
- その他、当院の管理運営業務に関する利用

●企業等から委託を受けて行う健康診断等における企業等へのその結果の通知
●医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
●医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
●当院内において行われる医療実習への協力
●医療の質の向上を目的とした症例研究
●外部監査機関への情報提供

個人情報の取り扱いについて、この診療申込書の記載により、同意があったものとさせていただきます。

医療法人社団　康喜会　辻仲病院柏の葉
院長　堤　修

2025年12月29日改訂