

診療申込書  
REGISTRATION (Please print)

## ご記入にあたっての注意事項

- \*1 法律で定められた手続きに必要なことですので正確にご記入ください。  
\*2 緊急に連絡が必要な場合がありますので、お勤め先などご記入ください。  
\*3 内科・皮膚科・眼科・婦人科の外来診療は“協同ふじさきクリニック”で行っていますので、お間違いないようお願いいたします。  
\*個人情報の利用目的についてご確認ください。

当院は個人情報の保護に関わり、関係法令および厚生労働省のガイダンスを遵守し、確実に実行するよう努めています。当院が収集した個人情報の利用目的については、「個人情報保護に関するお知らせ」と「利用目的」をご確認ください。初診時における了解をもって、患者様の個人情報の取得と利用について、同意いただけたものとして取扱います。なお、当院が収集した個人情報については、患者様の申出により、いつでも変更をすることができます。

申込日 application date		Year	Month	Day	日
		令和4	年 1	月 1	日
ふりがな	かわさき きょうこ	性別	男 M	生年月日	明・大(昭)・平・令
氏名 Name	川崎 協子	性別 Sex	女 F	Year	26 年 3 月 1 日
氏名に変更があった方はご記入ください 変更前の氏名					
住所 Address	〒 210 - 0833 川崎市 川崎区 桜本 2-1-5-401 建物名称 [ 川崎協同病院 ]				
電話 Phone	044-299-4781	携帯電話 Personal phone	090-1234-5678		
緊急連絡先 Emergency contact	氏名または 会社名	川崎 大師	電話 Phone	080-1234-5678	
	Name or Company name		個人の場合は ご関係	夫	
	〒 -	住所 Address 同上 建物名称 [ ]			

受診希望の診療科をお選びください (☑)。

- 内科 (救急外来)  小児科  外科  整形外科  耳鼻咽喉科  泌尿器科  
 リハビリテーション科

受診の理由として、以下に該当するものがあれば、該当するものをお選びください (☑)。

- 労働災害 (仕事上の怪我など)  通勤災害 (通勤中の怪我など)  交通事故  第三者行為 (他人から受傷など)

川崎医療生活協同組合への加入状況について、該当する方を選択してください (☑)。

- 加入している  加入していない

以下の質問にお答えください (☑)。

- これまでに当院または協同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  
本日は他の医療機関からの紹介状 (診療情報提供書) をお持ちですか  はい  いいえ

当院を受診するきっかけについて、該当するものをお選びください (☑)。その他の場合は、簡単にご記入ください。

- 家族・知人の紹介  ホームページ  バスのアナウンス  他の医療機関の紹介  
 その他 [ ]