

診療申込書

年 月 日

別紙記載の「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、口にチェックの上以下にご記入下さい。なお同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出下さい。また、同意を頂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。)

お名前	フリガナ	男	女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (才)
住所	〒 -		
自宅電話番号	—	—	
携帯電話番号	—	—	
緊急連絡先	—	—	(続柄)
本日は何科に受診希望されますか？	内科	眼科	整形外科 外科 皮膚科 健康診断
医療生協さいたま生活協同組合に加入されていますか？	はい	いいえ (加入をお願いします)	
当てはまる番号を○で囲んでください。 当院を受診されたきっかけを教えてください。	1. 近所で通院しやすいから 2. 医療生協の組合員だから 3. 他の医療機関からの紹介 4. 夜間・休日診療しているから 5. 家族が利用しているから 6. 健康診断後の相談のため 7. ホームページを見て 8. 組合員や知人の紹介 9. 消防・救急の案内で 10. その他 ()	当院までの来院方法を教えてください。 1. 徒歩または自転車(バイク) 2. 自家用車(運転は自分で・家族が) 3. 医療生協の送迎車 4. バスまたはタクシー 5. その他 ()	
最近1年以内に健康診断を受けましたか？	はい (結果をご持参でしたらご提示ください)	いいえ	
お名前でお呼びして差し支えありませんか？	はい	いいえ (番号呼び出しが可能です)	
医療費の支払いに不安がありますか？	はい (ご相談がありましたらお申し出ください)	いいえ	
その他お困りごとやご質問がありましたらこちらにご記入ください。			
☆埼玉西協同病院は、医療生協の組合員の出資金によって設立・運営されています。 ご利用の患者様は、医療生協にご加入いただき組合員としてご利用ください。 医療生協への加入は1口1,000円からご加入いただけます。総合受付にお申しつけください。			

医療生協さいたま 埼玉西協同病院

2016年2月作成