診 療 申 込 書

カルテ NO.												年　　月　　日
フリガナ												性別
氏 名												男　・　女
生年 月日	大正　・　昭和 平成　・　令和　　年　　月　　日											満　　歳　　ヶ月
現 住 所	〒□□□－□□□□											
連 絡 先	ご自宅（　　）　　－											
	携帯（　　）　　－											

希望される診療科を〇で囲んで下さい。

内科　　小児科　　皮膚科　　整形外科　　リウマチ科

他院からの紹介状　　あり　・　なし

※かかりつけのクリニック/医師（　　/　　）

当院をお選び頂いた理由

1.他院からの紹介　　2.テレビ・ラジオで知って

3.新聞・雑誌の記事を見て　　4.公開医学講座を知って

5.友人・知人に勧められて　　6.他の徳洲会病院で知って

7.当院のホームページを見て　　8.その他（　　）

◆当院では、診療情報を積極的に患者様本人にお知らせし、患者様にも積極的に診療に参加して頂く事でより良い医療の提供を目指しております。そのためには、患者様からの正確な情報が必要になります。原則として、患者様から頂いた個人情報は、ご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、また個人情報を法令で定める場合を除き、患者様の許可なく外部の第三者には提供致しません。

□上記内容を納得し、診療の申込みを致します

湘南鎌倉総合病院・葉山ハートセンター・湘南厚木病院・湘南かまくらクリニックなど関連施設と同じ診察券の番号を使います。他施設の診察券をお持ちの方は、窓口に保険証（医療証）と一緒にお出し下さい。