

受診申込書

REGISTRATION FORM

紹介状等、CDなどをお持ちですか？ Do you have a referral letter/CD?	紹介状等 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Letter Yes No	CD <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No
フリガナ		性別 Sex
患者氏名 Full Name (in BLOCK)	姓 Family name	名 First name <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 M F
生年月日 Date of Birth	大・昭・平・令 年 月 日	YYYY MM DD 歳 (Age)
現住所 Address	〒	
電話番号 Phone No.	自宅 Home () - 携帯 Mobile	
第2連絡先 電話番号 Emergency Contact	必要時に病院から連絡しても良い番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 家族(関係)・ <input type="checkbox"/> その他(関係) 氏名 Relationship Name 電話 Phone No.	
右記に該当する方は○をしてください。	交通事故	労災予定
職員記入欄	年 月 日	担当: _____
カルテ No _____		

～患者さまへ大切なお願いが裏面に記載してあります。必ずお読みください～

この用紙のご記入をもって、裏面及び院内掲示されている包括同意について理解した上で、当院での、診療、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては原則、書面にて説明し同意をいただいた上で治療、診療を行います。
ご理解とご協力をお願いいたします。

必ず下記の包括同意の内容を承諾したうえで診療をお申込みください

【包括同意】

患者さまへ大切なお願い

～診察を申し込まれる前に必ずお読みください～

医療法人社団 紺整会では、診療上の必要があると認められた検査、処置(手術・麻酔・輸血)については原則として書面にて説明を行い、個別に同意をいただいております。

ただし、患者さんの状態や状況に応じ、一般的に医師が立ち会う必要がなく、心身への負担が少ない検査・処置(採血やX線検査、薬剤処方、造影剤を使用しないMRIやCTなど)に関しては、改めて説明し同意をいただくことなく診療の一部として施行させていただきます。

上記、同意内容には局所麻酔も含まれております。アレルギーがある方は必ずお知らせください。

これらの診療行為は、一定以上の経験を有する者によって行われますが、時に出血などの合併症を伴うことがあります。このような場合、合併症の治療は通常の保険診療として行われます。

なお、通常は同意を得て行う輸血や手術・処置なども緊急時(生命の維持が脅かされる身体状態など)で、本人やご家族の意見が確認できない場合は、同意を得ずに行なうこともあります。

包括同意に含まれる検査・治療のリストは、医療法人社団紺整会における包括同意に含まれる診療行為として院内掲示および、当院のホームページに掲載しております。

また、当院は地域における医療人育成に取り組んでおり、研修医、学生、研修生が診療に参加する場合があります。

当院で受診を希望される方は、これらの点についてあらかじめご理解いただきますようお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、担当医師または看護師、その他スタッフまでご遠慮なくお申し出ください。