

初診申込書

入	セ	二	氏	住	電
院	変	次	名	所	話

太枠内をご記入のうえ、保険証を添えて〔②初診・再診受付〕窓口へ提出してください。

姓・住所・電話番号変更の方：〔氏名〕〔性別〕〔生年月日〕と変更箇所をご記入ください。

明治大学在校生の方

当院は学生健康保険組合との協定医療機関です。受付手続き時に「学生証」を提示してください。

保険外医療費等は全額自己負担となりますので、ご了承ください。

申込日 Application date	20 年 月 日			ID :
氏名 Full name	(フリガナ)			性別
				男・女
生年月日 Date of birth	西暦	年 (和暦：大・昭・平・令 年)	月 日	(歳)
住所 address	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※アパート・マンション・建物名、号まで記入してください			
	都 道 府 県			
	日本国籍以外の方は、国籍を記入してください。() 外国人登録証・在留カードをご提示ください。			
電話番号 phone number	自宅	-	-	携帯 - -
① 本日は紹介状をお持ちですか？ (はい・いいえ)				
② 以前に来院されたことがありますか？ (はい・いいえ)				
③ 現在、他の医療機関にご入院中ですか？ (はい・いいえ) 病院名				
④ 怪我の方のみご回答ください。 受傷は、工作中・通勤中・交通事故のいずれかに該当しますか？ (はい・いいえ)				
⑤ 希望の診療科はありますか？ 科 ・ 先生 (希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。)				
⑥ 当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 産業界からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族や知人の勧め <input type="checkbox"/> 職場・学校・自宅が近い <input type="checkbox"/> 広告 (新聞雑誌・バス・駅等) <input type="checkbox"/> 当院の検診センター <input type="checkbox"/> 救急搬送された <input type="checkbox"/> インターネット(当院のホームページ)を見て*チェックされた方は設問⑦へ <input type="checkbox"/> その他()				
⑦ 設問⑥で「インターネット (ホームページ) を見て」と答えた方にお伺いします。 1.ご利用される機器について伺います。 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット端末 <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> その他() 2.今回、このページを訪問した目的は何でしたか。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 外来診察の予約方法や受付手順を知りたかった <input type="checkbox"/> かかりたい診療科の外来診察日を確認したかった <input type="checkbox"/> 診察を受ける前に各診療科 (医師の情報含む) の情報を知りたかった <input type="checkbox"/> 自分の症状について見当を付けたかった <input type="checkbox"/> どんな検査をしているか知りたかった <input type="checkbox"/> その他 (フリー) () 3.知りたい情報は見つけれられましたか。 <input type="checkbox"/> すぐに見つけれられた <input type="checkbox"/> 探して見つけれられた <input type="checkbox"/> 見つけれなかった 4.このホームページに追加してほしい情報があれば、ご記入ください () 5.このホームページに関するご意見、ご要望があればご記入ください ()				

【職員記入欄】

持参資料

フィルム・ROM(CT・MRI・X-P・MMG・エコー・内視鏡)
 検査結果 その他()

プレパラート

入力者	確認者	ID確認者