# 受診申込書

No.

| 申込年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |
|---|---|---|
| 受診者 | 住所 | 〒 |
| | ふりがな | |
| | 氏名 | （男　・　女） |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日　（　　歳） |
| | 自宅電話 | （　　）　　－ |
| | 携帯電話 | （　　）　　－ |
| 今までに当院に受診したことがありますか　　あり（　　年　　月頃）　・　なし | | |
| 当センターはオンライン資格確認に対応しているため、この受診申込書をもって限度額適用認定証の資格情報の取得に対し同意したものとさせていただきます。限度額認定証の資格情報の取得に対し同意しない場合は、受付にお申し出ください。 | | |

**〇緊急連絡先　　（ご本人以外の番号をご記入ください）**

| 氏名　（　続柄　） | 氏名のふりがな | 携帯電話番号 |
|---|---|---|
| ①　　（　　） | | （　　）　　－ |
| ②　　（　　） | | （　　）　　－ |

**〇受診者が現住所と異なる住所で療養中の場合に限り、該当欄にご記入ください。**

☐　他院入院中

| 病院名 | |
|---|---|

☐　介護施設・福祉施設に入所中

| 施設名 | | 電話番号 | | 担当者 |
|---|---|---|---|---|

☐その他　現住所と異なる場所で療養中（親族宅等）

| 名称（続柄） | 連絡先 |
|---|---|
| （　　） | 住所　〒<br>電話番号　（　　）　　－ |

**〇受診にあたり配慮を必要とすることがありますか。　　ある　・　なし**

ある場合は下記にチェックをお願いします。

**視　力**　:☐全盲　☐半盲　☐義眼（☐右　☐左）　☐弱視　☐色覚多様性

（☐白杖　☐盲導犬　☐点字希望）

**聴　力**　:☐補聴器（☐右　☐左）　☐手話　☐筆談

**移　動**　:☐車いす　☐杖

**その他**　:☐発語がむずかしい　☐（　　）

当院での診療に関連して、支援していきたいと考えますので、可能な範囲で、下記についてご記入ください。

**〇病状説明について、お考えに近いものに〇印をつけて、ご記入ください。**

（　　）治療や病気の説明は
関係者にできるだけ一緒に聞いてほしい　→　一緒に聞いてほしい人
氏　名　（　　）
続　柄　（　　）

（　　）治療や病気の説明は、自分ひとりで聞きたい

**〇当院ではがん患者さんの就労支援を積極的に行っています。**

**仕事の有無等について、ご記入ください。**

職業の有無　　有　　・　　無

（　　）　会社員

（　　）　自営業