

# 診療申込書

患者番号		申し込み年月日	年 月 日
フリガナ		性別	
氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成
住所	〒 - 都道府県		
電話番号	( ) -	携帯番号	( ) -
紹介状はお持ちですか？ 持っている ・ 持っていない			
今日はどちらの症状で来院されましたか？ 股関節			
湘南鎌倉総合病院を受診された事がありますか？ はい ・ いいえ			
◇アンケートにご協力下さい			
<b><u>当院を知った一番最初のきっかけを、次の1～8の中からお選び下さい</u></b>			
1. 新聞折込広告を見て（具体的な名前を下の□の中から✓で選んで下さい。）			
□湘南よみうり □ヨコハマよみうり □タウンニュース			
□湘南鎌倉総合病院の公開医学講座チラシ			
2. TV放映を見て			
3. 他の病院に置かれている当院のリーフレットを読んで			
4. 当院の公開医学講座を受講して			
5. インターネットで検索して			
6. 他院からの紹介・勧め（紹介状をお持ちで無い方は病院名も教えて下さい。）			
病院名（_____）			
7. 当院で手術を受けた患者さん（家族・知人含む）からの紹介・勧め			
8. その他（_____）			

◆当院では、診療情報を積極的に患者様ご本人にお知らせし、患者様にも積極的に診療に参加していただくことで、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となります。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いたしません。