

診察申込書
兼電子カルテ同意書

年 月 日 ID:

| | | |
|------------------|----------------------------|-------------------|
| フリガナ | | 性 別 |
| NAME お名前 | | (M)男 ・ 女(F) |
| BIRTHDAY 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 月 日 (AGE 歳) |
| ADDRESS ご住所 | 〒 | |
| | PHONE NUMBER ご本人連絡先 () | — |
| | 緊急時連絡先 () | — |
| 申込者 | | 患者との関係 本人・その他 () |

| | |
|------------------------------------------------------|-------------------------|
| かかりつけ病院・医院はございますか？ (病院 ・ 医院) | は い ・ いいえ |
| 本日紹介状はお持ちですか？ | は い ・ いいえ |
| ふれあい健康友の会に入会を希望されますか？ (入会を希望される方は、下記の説明欄をお読みください) | 希望する ・ 希望しない すでに入会済み |

当院受診の経緯をお聞かせください

- ・他院からの紹介
- ・関連からの紹介
- ・救急搬送
- ・広告
- ・知人からの紹介
- ・医療公演を聞いて
- ・近いから
- ・ホームページ
- ・その他 ()

下記の当グループを受診されたことはありますか

- ・湘南東部総合病院
- ・湘南東部クリニック
- ・茅ヶ崎中央病院
- ・THPメディカルクリニック

ふれあい健康友の会について

『ふれあい健康友の会』は、会員の皆様の健康づくりと豊かな生活の実現、福祉充実の一助を目指しています。

入会の特典 1.緊急時送迎サービス 2.総合相談サービス 3.各種優待サービス

*詳しくは(入会のご案内)をお読みください。

* 入会につきましては、上記の入会希望欄に、○をつけて下さい。

電子カルテの共有化について

康心会では、グループ内での連携を深めております。入院が必要な場合には、患者様の診療記録を各施設と電子カルテで共有化し、

① レントゲン検査・血液検査の重複を避け被爆や負担の軽減をはかる。

② 治療情報を1ヶ所で管理し、医療の情報を向上させる。

などを実施しております。同意していただきますようお願い申し上げます。

[受診科] 友

CL:内・外・循・腎・神・呼・消・整・脳・形・皮・血・麻

HP:産婦・歯・リハ・放・精・消・泌・小

| | |
|-----|-----|
| 登録者 | 確認者 |
| | |