診　療　申　込　票

東京大学医科学研究所附属病院

申込日 Date	年　月　日 Year　Month　Day	ID番号［　　－　　］					
フリガナ　Kana				性別　Sex	生年月日　Day of Birth		年齢　Age
氏　名 Name				男・女 (M)・(F)	年　月　日 Year　Month　Day		歳 Years old
ローマ字表記 ※パスポートと同一	姓　　名				←中国渡航者向け健康診断を受診される方はご記入下さい それ以外の方は不要です		
フリガナ　Kana							
現住所 Address	〒　　－						
電話番号 Phone Number				携帯電話 Mobile Number			
職業・勤務先 Occupation				勤務先電話番号 Work Phone Number			
受診科名 ※ご不明な場合はお問い合わせください	血液腫瘍内科	感染免疫内科	アレルギー免疫科	腫瘍・総合内科	消化器内科	関節外科	脳腫瘍外科	外科
	泌尿器科	先端緩和医療科	放射線科	ゲノム診療科	一般健康診断 （就業・就職時等）	中国渡航者向け 健康診断		
紹介状	有・無	＊紹介状をお持ちでない方は簡単で結構ですので、来院した経緯についてご記入ください						

病院使用欄：事前ID作成 → 来院時修正あり → 検査部７５１５１・ 輸血部７５６９５へ連絡

□セカンドオピニオン　　□膵がんドック　　□白本PJ

診療申込票について

当院で初めて診察を行うにあたり、「診療申込票」をご記入いただきますが、この申込票については下記により取扱いますので、ご了承のうえ記入願います。

今回、申込票に記載いただいた事項及び保険証の写しの記載事項等については、診療を行うにあたり患者さんの基本情報としてデータ登録を行います。

これら情報については、下記により使用されます。

1.カルテ等に記載し、診察を行うための患者情報
2.院外処方せんを発行する際の患者情報
3.保険組合などに診療報酬請求をする際の患者情報
4.その他、当院内で行う統計調査

など