

診療申込書 兼 包括同意書

(Application Form)

診察券 No. _____

保険証原本をご提示ください。(コピー不可) (Submit your health insurance card with this sheet.)

★印欄の記入は任意です。(★Optional)

ふりがな			
氏名 (Name)	姓 (Last)	名 (First/Middle)	
生年月日 (Date of Birth)	西暦 (A・D)	年	月
	大・昭 平・令	(Year)	(Month)
	日	性別 (Sex)	
		(Day)	男 女 (Male) (Female)
住所 (Postal Code・ Current Address)	〒 _____		
携帯電話番号 (Cell Phone No.)		自宅電話番号 (Home No.)	_____-_____-_____-_____-_____-
★国籍 (Nationality)		★宗教 (Religion)	

緊急時連絡先 (Emergency Contact)

ご本人以外の電話番号をご記入ください。(Write at least one number.)

ふりがな	続柄	電話番号	住所
氏名 (Name)	(Relationship)	(Telephone No.)	(Current Address)
①		_____-_____-_____-_____-_____-	〒 _____
②		_____-_____-_____-_____-_____-	〒 _____

当院では以下の侵襲的な治療ないし検査には個別の同意書をいただきます。「手術、内視鏡、全身麻酔、腰椎麻酔、脊髄硬膜外麻酔、中等度以上の鎮静、抑制、造影剤検査、抗がん剤使用等」上記以外の通常の診療行為（診察、看護、投薬、画像検査、採血、採尿、生理学的検査、細菌検査、リハビリ訓練、栄養指導など）に関しては、この診療申込書の記載をもって、同意の代わりとさせていただきます。

I agree to receive routine medical care and tests. For more invasive care and tests, individual consent will be requested.

同意する (YES) ・ 同意しない (NO) (同意しない場合、受けられない治療行為がございます)

年 (Y) 月 (M) 日 (D) 署名 (Name)

医療法人財団 アドベンチスト会

職員サイン欄		
入力	確認	病院カルテ 管理登録

