

# 受付票

診察券番号	記入日:	年	月	日	
※太枠の中を記入してください	フリガナ				
	氏名				
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	フリガナ				
	現住所	〒	都 道	県 府	
		自宅電話:	携帯電話:		
※病院名でお電話を差し上げてもよろしいですか? はい・いいえ・個人名なら可					

## 《緊急時の連絡先》※必ず記入してください

氏名	続柄
住所	
携帯電話	自宅電話
※病院名でお電話を差し上げてもよろしいですか? はい・いいえ・個人名なら可	

## 《生活保護を受けている方は記入してください》

福祉事務所	
担当者名	電話番号

当院を受診する際の注意事項です。読みましたらチェックボックスにレ点をお願いします

診察は完全予約制、主治医制になっております。予約時間に遅れそうな場合やキャンセル、変更する場合は早めにご連絡をお願いします。また、原則主治医の変更はしておりませんが、お困りのことがありましたら患者相談窓口にご連絡下さい。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため発熱、咳、喉の痛み、鼻水などの感冒症状が最近あった、あるいは現在ある方、濃厚接触者、身の回りに感染者がいる場合等は来院する前に当院

当院は療養病棟であるため重症度が高い場合や疾患の性質により入院の希望に添えないことがあります。

薬物療法は医師が病状を考慮し必要と判断した場合のみに行います。特定の薬剤をリクエストされましてもご希望に添えない場合があります。度重なる薬の紛失、破棄などの理由による処方箋の再発行は出来かねます。

休職、その他の診断書等も医師が必要と認めた場合のみに発行します。当院受診以前の経過が追えない期間の休職、その他の診断書は作成できないことがあります。

暴言・暴力・威嚇・理不尽な要求等があると医師及びその他職員が認めた場合は今後の通院をお断りいたします。