

未登録患者事前登録(削除)申込書

発行日 平成 年 月 日

診療科名

診察予定日

入院予定日

診療科コード番号

登録希望日

登録患者番号

登録	通知	受診	削除

患者
基本
情報

患者氏名

ふりがな		性別
漢字		男・女

生年月日

M.T.S.H	年	月	日
---------	---	---	---

住所

※市町村名までの記入でかまいません。

電話番号

申込診療科

※上記資料科名と同じ場合は省略

担当医師名

連絡先内線電話

◎留意事項

1. 外来診察(入院予定)日が確定し、検査食事等のオーダが事前に必要な場合についてのみお申し込み下さい。
 - ・この申込書の写し(当分の間コピー)を、診療科に保存して下さい。
2. 二重登録防止のため、「診療申込書」を提出する際には、「事前登録済み」(登録患者番号又は担当医師名)である旨を申し出るよう、患者さんにご指示願います。
3. 診察しないことが確定した場合には、必ずこの用紙の削除に○を付して通知願います。

◎記載要領等

1. 太枠の中をご記入下さい。
 - ・患者基本情報は、二重登録防止のため全ての項目に記入をお願いします。
 - ・特に、患者氏名及び生年月日は、正確にお願いします。
 - ・患者情報があいまいで、後日本院の受診歴が判明した場合、診療データの一元化作業が発生することとなります。
2. 登録希望日に記載がない場合、基本的に午後3時までに受け付けたものは、当日午後4時までに登録し、当該申込書に記載して、診療科に通知(医事課内、診療科宛メールボックス)します。
 - ・番号確定時からオーダ可能になります。