

# 診 療 申 込 書

## (氏名・住所・緊急連絡先 変更届)

申込年月日	令和 年 月 日	これまで当院に受診したことがありますか？	はい・いいえ
-------	----------	----------------------	--------

フリガナ				男・女	生年月日	明・大・昭・平・令
患者氏名						年 月 日生
現住所	〒		電話番号		- -	
			携帯番号		- -	
E-mail	@					
<b>緊急連絡先</b>						
氏名	続柄 ( )		電話番号		- -	
住所	〒		携帯番号		- -	
希望する診療科に○ をしてください。	内科・皮膚科・整形外科・泌尿器科・乳腺外科 予防接種 (インフルエンザ・その他ワクチン )・その他 ( )					
おケガの場合に お尋ねします。	仕事のおケガですか。	はい・いいえ	勤務先には伝えてありますか。	はい・いいえ		
	通勤のおケガですか。	はい・いいえ	勤務先には伝えてありますか。	はい・いいえ		
	交通事故ですか。	はい・いいえ	相手がいる事故ですか。	いる・いない		
アンケートに ご協力ください。	当院を知るきっかけを教えてください。 友人・知人より 電話帳 インターネット ホームページ 他医から紹介 近所 家族が受診している 求人広告 駅看板広告 電柱広告 その他 ( ) 交通手段を教えてください。 電車 自動車 自転車 徒歩 タクシー バス その他 ( )					

※ご記入後は、保険証・受給者証・紹介状等を添えて初診受付にご提出ください。

※保険証のコピーを頂いております、ご理解・ご了承ください。

※患者さんの個人情報、院内の規定に基づき、本来の利用目的の範囲を超えて利用は致しません。

(当院では、他の医療機関や関係施設、又は患者さんが必要と思われる福祉・介護サービス機関等に対してご紹介する場合、当院で実施した検査や診療内容等をその施設・機関に情報提供致します。)

※当院では開催される催し物や健康診断等の情報提供等を DM (ダイレクトメール) 及び E-mail 等にてご案内しております。

DM (ダイレクトメール) 等をご希望されない場合は、下記に☑をお願い致します。

情報提供等の DM (ダイレクトメール) 等は希望致しません。