

受診申込書

申込日	平成 年 月 日	
フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
現住所	〒 -	
電話	-	-
携帯電話	-	-
その他連絡先	-	- ()

◇当院を何で知りましたか？ (○をつけてください。複数回答可。)

1. 他院からの紹介 (紹介状 有 ・ 無)
2. ご家族 ・ 知人からの紹介
3. インターネット / ホームページ
4. 広告
5. その他 ()

◇どのような交通手段でいらっしゃいましたか？

1. 自家用車
2. 公共交通機関 (バス ・ 地下鉄 ・ JR ・ 市電)
3. タクシー
4. 自転車
5. 徒歩
6. その他 ()

～個人情報保護について～

当院は個人情報保護法に則り個人情報保護方針を規定し、待合室への掲示を以ってご来院される皆様へご案内しております。内容についてご了解いただけますようお願い致します。

尚、診療にあたり以下の事項についてご理解いただき、ご協力くださいますようお願い致します。

1. 患者さんの取り違いを防ぐ為、お名前でお呼びしております。
2. お聞きした連絡先へお電話や受診 ・ 検査時期に関する文書の郵送の際、同居の方へのご案内となる場合があります。
3. 実習生が担当させていただく場合があります。
4. 医療の質向上のため、個人が特定できない形式でデータを報告させていただく場合があります。

上記1～4の事項に同意できないものがある場合は、○をつけて受付職員までお申し出ください。

病院使用欄	患者ID()	(救急車 / 救急当番日)		
・ 胸苦	・ 動悸	・ 高血圧	・ 手 / 足 (疼痛 ・ しびれ ・ 腫脹)	・ 静脈瘤
・ 眼科				
・ その他 ()				