

# 診 療 申 込 書

ID: \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ			
氏名			男 女
生年月日	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和	年 _____ 月 _____ 日 ( ) 歳	
住所	〒 _____ _____ 県 ・ 都 _____ 市 ・ 区 _____ 町 _____ 道 ・ 府 _____ 郡 _____ 村		
携帯番号	( )	電話番号	( )

マイナ保険証を利用する際に、診療情報の提供に同意しますか？ はい いいえ

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

(40歳以上の方) この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ はい いいえ

当院と板倉サテライトクリニックといたくら乳腺クリニックは 系列医療機関であり、電子カルテのデータ共有をしております。 ご理解、ご承知いただきますようお願い申し上げます。 <input type="checkbox"/> 上記に同意する	※下記該当の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 労災（勤務中・通勤中） <input type="checkbox"/> 交通事故
--	--

※患者様の個人情報是最善の医療を提供するためのものであり、他の目的に使用は致しません。

※やむを得ない事情による予約変更のお願いや、検査結果や診察に関してのお知らせ等、当院から

ご連絡を差し上げる場合がございます。

ご記入いただいた連絡先が万が一不通だった際に、ご伝言を頼める家族・親戚の方の

緊急連絡先がございましたら、お知らせ下さい。

緊急連絡先	フリガナ		
	氏名		
	(自宅・携帯・その他) 電話番号	( )	
		続柄	記入例 (夫・妻・長男・次男等)