

診療申込書

保険証返却確認	作成者	確認者
月 日	月 日	月 日

〈当院における個人情報保護法方針について〉

1. 患者様との信頼関係の元、患者様ご自身の情報をご提供いただくことなしに良い医療サービスを実現することは出来ません。当院は、医療サービス提供に必要な範囲において皆様の個人情報を収集し、患者様の同意のもと利用・提供を行ってまいります。
2. 患者様からのご提供いただきました個人情報は、紛失、破損、改ざん及び漏洩が起らないよう適切な管理を徹底してまいります。
3. 個人情報に関する法令及びその他のガイドラインを遵守してまいります。
4. 個人情報保護の仕組みを継続的に改善できるよう、職員一同取り組んでまいります。

「医療サービスを安心してお受けいただくために(個人情報の取扱い)」の方針をお読みいただき、診療申込書に記入されたことにより、当院の個人情報の取扱いに同意されたこととさせていただきます。

※太枠の中をご記入下さい。当院の診察券をお持ちの方は記入の必要はございません。

ID		申込日 平成 年 月 日	
フリガナ	※申込本人以外の方はご記入ください		
患者氏名	代筆人氏名		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日()才	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号	— —	携帯番号	— —
希望される診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳腺腫瘍科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脊椎外科 <input type="checkbox"/> 関節外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		

紹介状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	紹介状をお持ちでない場合は初診時保険外併用療養費として2,100円ご負担いただきます。
当院受診のきっかけ	<input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 電車から見えた <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 医療講演 <input type="checkbox"/> テレビ雑誌 <input type="checkbox"/> 駅広告 <input type="checkbox"/> 新聞チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他()	