

初診申込書

年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	〒 -	
電話番号	() -	
携帯電話		
緊急連絡先	氏名 続柄 電話番号 () -	
今までに当クリニックを受診されたことがありますか？ いいえ ・ はい(病名： 年 月頃受診)		

※当クリニックでは、個人情報保護法に基づき、情報の保全に努めております。

事故防止や安全確保のため、受付や診察時の呼び出しを、お名前でお呼びしております。

患者様から頂いた個人情報は、ご本人の診察・健康管理目的以外には使用いたしません。

また個人情報を法令で定める場合を除き、患者様の許可なく外部の第三者には提供いたしません。

当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可）

当てはまる項目に○をつけて下さい。

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1.案内やチラシ、リーフレットを見て | 2.家族や知人、友人の紹介 |
| 3.電話帳 | 4.通りがかり |
| 5.電柱広告などを見て | 6.インターネット（PC・スマートフォン） |
| 7.他医療機関からの紹介 | 8.その他() |

職員記入欄	保険証	紹介状	入力者
診察券番号 ()			