

診 療 申 込 書

フリガナ		性 別
氏 名		男 ・ 女
住 所	〒 —	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生	才
職 業		
電話番号	— —	
携帯電話	— —	

【緊急連絡先】

お名前	続柄 ()	
連絡先	電話番号 — —	携帯電話 — —

--

- ・ 当院では、診療情報を積極的に患者様ご本人にお知らせし、患者様にも積極的に治療に参加していただくことで、より良い医療の提供を目指しております。そのためには、患者様からの正確な情報が必要になります。原則として患者様から頂いた個人情報、ご本人の治療・健康管理の目的以外には使用せず、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。
- ・ 診療上必要な場合、上記の住所、お電話番号にご連絡させて頂くことがあります。
- ・ 未成年の方は保護者の同意の上でご通院をなさってください。
- ・ 健康保険内の治療を行っております。保険に適合しない事柄には別途費用を要します。

上記の内容を了承し、診療の申し込みを致します。

※現在、身体障害の手帳（又は受給者証）、難病受給者証などお持ちでしたら、ご記入ください。

- ・ 身体障害（障害の部位 ()）（等級 () 級）を受けている。
 - ・ 難病指定（病名 ()）を受けている。
- ⇒ 本日手帳などを（ 持ってきている ・ 持ってきていない ）