

診 察 申 込 書

※裏面に問診票があります。合わせてご記入ください。

フリガナ		
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生まれ	性別 男性・女性
住所	〒	
連絡先	電話番号 自宅 () 携帯 () 職場 ()	*職場の連絡先は 労災の方のみご記入ください
当院へ受診されたことはございますか？ ある (年前・ ヶ月前 ない		

※個人情報の取扱いについては、個人情報保護規定に基づき管理致します。院内掲示等にて明示しております「通常の業務で想定される個人情報の利用目的」等のうち同意しがたいものがある場合、予め本人の明確な同意を得るよう病院側に求める事が出来ます。意思表示のない場合、公表された利用目的について同意が得られたと致しますが、黙示の同意及び留保は申し出によりいつでも変更することが可能となりますので、ご認識の程、宜しくお願い致します。

書き終わりましたら、受付までお持ちください。

医療法人社団はなぶさ会
島 村 記 念 病 院