

診療申込書

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 村 _____ 道 ・ 府 郡		
電話番号	()		
携帯番号	()		

当院と板倉サテライト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。

上記に同意する

※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
のでご安心ください。

※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・親戚の方等の
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		
	続柄	氏名	
	(自宅・携帯・その他)	電話番号	()