

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

当院と板倉サテライトクリニックといたくら乳腺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。	※下記該当の場合は、 ☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 労災（勤務中・通勤中） <input type="checkbox"/> 交通事故
<input type="checkbox"/> 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	続柄	フリガナ
		氏名
	(自宅・携帯・その他)	電話番号 ( )