

# 診療申込書

ID: \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

マイナ保険証を利用する際に、診療情報の提供に同意しますか？ □ はい □ いいえ

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		
携帯番号	( )	電話番号	( )

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ □ はい □ いいえ

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ □ はい： 月 □ いいえ

<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に同意する</p>	<p>※下記該当の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 労災（勤務中・通勤中）</p> <p><input type="checkbox"/> 交通事故</p>
---	--

※患者様の個人情報は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。

※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	( )	