|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申し込み日時 | 年　　　　　月　　　　　日 | カルテNo |
| しめい |  | 性別　　　　　　男　・　　女 |
| 氏名 |  | 生年　　明 大 昭 平　 　年　　月　　日  月日　　　　　　　　　（　　　　　　才） |
| げんじゅうしょ |  | 電話番号 |
| 現住所 | 〒 | 携帯番号  (Email) |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） | 電話番号 |
| アンケートの  ご協力を  お願い  いたします。 | 当院を何でお知りになりましたか？（複数回答可） | |
| * 当院医師からの紹介　□　インターネット　　□　パンフレット　　□　通りがかり * 他院からの紹介　　　□　知人、家族の紹介　□　当院職員の紹介　□　講座、教室 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

初診申込書　　　さわ内科糖尿病クリニック

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診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は、ご本人の診療 ・ 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。

※上記の内容を了承し、診療の申し込みを致します。