

初診申込書

さわ内科糖尿病クリニック

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) <input type="checkbox"/> 当院医師からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人、家族の紹介 <input type="checkbox"/> 当院職員の紹介 <input type="checkbox"/> 講座、教室 <input type="checkbox"/> その他 ()	

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。