

# 診察申込書

受診日	年 月 日	ID
かな	男 ・ 女	
氏名		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 歳	
自宅住所	〒 市	
電話	(自宅) - - (携帯) - -	

ご記入頂いた個人情報は診察・治療以外の目的では使用致しません。  
また、収集した個人情報は統計処理の後、回収の上廃棄焼却致します。

・当院では医療ミスを防ぐ観点から、患者様をお名前でお呼び致します。同意しかねる  
場合にはご遠慮なくスタッフまでお申し出下さい。