



初 診 申 込 書

健生クリニック(241-8357)

受診日 年 月 日

希望受診科	内科	ふりがな		性別		
		お名前		男 ・ 女		
		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦	年 月 日生(才 ヶ月)		
		ご住所	〒 -			
		電話番号	- -			
		上記以外の連絡先 (勤務先 帰省先など)				
	小児科	Tel - -				
通院中の医療機関があれば全てお書きください。お薬手帳があればご提出ください ()						

<p>☆受診される方の職業などについて</p> <p>・未就学 ()幼稚園・保育園・こども園</p> <p>1.学生 ・小学校()年生 ・中学 ・高校 ・大学 ・専門学校</p> <p>2.会社員 ・販売 ・営業 ・製造 ・事務 ・その他()</p> <p>3.公務員</p> <p>4.自営業 ・販売 ・製造 ・農業 ・その他()</p> <p>5.家事・パート・アルバイト</p> <p>6.無職・定年後など</p> <p>7.その他</p>	<p>☆当クリニックを選ばれた理由は</p> <p>①. ご紹介()様 その方はあなたの ・ご家族 ・友人/知人 ・おなじ会社の方 ・その他()</p> <p>②. (病院・医院) ()先生のご紹介</p> <p>③. 雑誌・図書、電話帳・インターネットなどを見て</p> <p>④. 利用したい施設・サービスがあるから ・病児保育施設 ほっとルーム ・介護サービス</p> <p>⑤. (家・職場・学校・保育園)が近いから</p> <p>⑥. 当番医</p> <p>⑦. その他 ()</p>
---	---

☆ ご希望の院外処方受付薬局がありましたらご記入ください

(薬局) (Tel: - Fax: -)

当院では、個人情報保護に取り組んでおります。個人情報の利用については利用目的を定めております。管理には細心の注意を払っておりますが一般診療上行なっている、以下の項目についてご理解いただきたいと思ひます。ご了解をいただけない場合はクリニック受付までお申し出ください。

- ・患者様の診療情報の一部を、治療や検査のため、紹介先の病院・診療所等と共有させていただきます。
- ・診察室、受付・会計などからお呼びする場合、お名前でお呼びいたします。
- ・診療にかかわって上記に記載していただいた連絡先にお電話を差し上げることがございます。

- ・健康友の会、患者会と協力し、健康づくりや医療福祉の充実などに取り組んでいます。
当院より、入会の案内や資料を送付させていただくことがありますが、ご希望されない方は受付までお申し出ください。

※この用紙に記載された内容は個人情報保護法により厳重に保護いたします。

急 慢 他

※申込書の内容でご不明な点がございましたら、職員までおたずねください。

健生クリニック 2007.3