

新東京クリニック・ハートクリニック診療申込書

ID	—	申込日	年	月	日			
フリガナ					性別			
氏名					男 ・ 女			
生年月日	明	大	昭	平	年	月	日	才
現住所	〒					-		
電話	自宅	()	携帯	()				
緊急連絡先	氏名	(続柄)	電話	()				

当クリニックでは、診療情報を積極的に患者さまご本人にお知らせし、患者さまにも積極的に診療に参加して頂くことで、より良い医療の提供を目指しております。そのためには、患者さまからの正確な情報が必要になります。原則、患者さま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、個人情報を院内で規定している場合を除き、許可なく外部の第三者には提供致しません。また、当クリニックは患者さまの誤認防止のため、お名前でお呼びする場合があります。ただし、それを望まない場合には、お申し出下さい。

同意する ・ 同意しない

希望される診療科を○で囲んで下さい

新東京クリニック

内科 消化器内科 外科 整形外科 眼科 皮膚科
泌尿器科 形成外科 美容外科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 脳神経外科

新東京ハートクリニック

心臓内科 心臓血管外科 糖尿病内科

当クリニックをお選びいただいた理由

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1. 他院からの紹介(紹介状 : あり ・ なし) | 2. テレビ・ラジオで知って |
| 3. 新聞・雑誌を見て(新聞・雑誌名:) | 4. 公開医学講座で知って |
| 5. 友人・知人に勧められて | 6. 家族に勧められて |
| 7. 当院のホームページを見て | 8. 家が近い |
| 9. その他() | |

紹介	登録	担当