

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 令	年	月	日
現住所	〒 —			
電話	自宅 ( )	携帯	( )	
緊急連絡先	氏名 (続柄)	電話	( )	
<p>当クリニックは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。</p> <p>■マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？    <input type="checkbox"/> はい    <input type="checkbox"/> いいえ</p>				
<p>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、お名前でお呼びしております。ただし、それを望まない場合には、お申し出下さい。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 同意する    ·    <input type="checkbox"/> 同意しない</p>				
希望される診療科を○で囲んで下さい				
<b>新東京クリニック</b>				
内科	呼吸器内科	消化器内科	消化器外科	乳腺外科
呼吸器外科	脳神経外科	脳神経内科	泌尿器科	整形外科
形成外科	美容外科	眼科	皮膚科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
<b>新東京ハートクリニック</b>				
	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