

* 診 察 申 込 用 紙 *		年 月 日	受付者 確認者	
ふりがな				性 別
お名前				男
				女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日 ( 歳 )
ご住所	〒 -			
	マンション名		棟	
連絡先	自宅電話番号 ( )	-		
	携帯電話番号 ( )	-		
	緊急電話番号 ( )	-		
<p align="center"><b>個人情報の利用に関する同意書</b> ※必ずご記入ください</p> <p>個人情報の利用目的についてはポスターに掲示し、その利用目的以外では利用いたしません。 ご確認の上、ご同意いただけましたら、下記に署名をお願い致します。</p>				
患者様署名	代筆者署名		続柄	
		〔 〕		
※なお、利用目的について同意しがたい項目がある場合は別途お申し出ください。				
■ 以前に洛和会音羽病院を受診された事がありますか？	はい	・	いいえ	
■ かかりつけ病院・医院はございますか？	病院	・	医院	
■ 本日紹介状はお持ちですか？	はい	・	いいえ	
				H18. 4. 10作成