

泉病院

院長 長谷部 誠 殿

診察申込及び事前同意書

(記入して保険証と一緒に受付窓口へお渡し下さい。)

フリガナ		性別
名前		男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	

フリガナ			
住所	〒 -		
電話番号	— — 本人・施設 () 家族(続柄: 名前:)		
携帯電話	— — 本人・施設 () 家族(続柄: 名前:)		
勤務先		勤務先TEL	

<p>1. 本日受診を希望される科は? (内科 ・ 脳神経科)</p> <p>症状にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>2. 個人情報保護法に関する事前同意</p> <p>当院があなたの個人情報(診療情報)を別紙に示したような目的に利用することに同意されますか。該当する項目の()内に“○”印をご記入下さい。</p> <p>この項目についてのご返答がない場合には、実質的に診療が困難になりますので、ご記入がなされていない時には、「同意」されたものとみなします。また、15歳未満の患者さんの場合には親権者の方が回答してください。</p> <p>()同意する</p> <p>()一部同意しない同意しない利用目的、提供については下記に記載して下さい。その項目に該当する使用目的には、あなたの個人情報は利用されません。</p> <p>同意しない項目()</p>
--

※ 上記2については、いつでも変更可能です。変更される場合は窓口にお申し出下さい。

記載日: 年 月 日

記入者氏名: (本人との関係:)
(患者さん本人であれば記載不要)