

# 診療申込書

No. \_\_\_\_\_

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| ふりがな                | 性別        |
| お名前 様               | 男・女       |
| 生年月日：明・大・昭・平 年 月 日生 | 才         |
| ご住所 〒 _____         |           |
| ご自宅TEL ( )          | 携帯TEL ( ) |

<個人情報保護法に基づくお知らせ>

診療申込書にて患者様より知り得た個人情報は、医療提供(医療サービス、医療に係るご連絡)のために使用させていただきます。

また、診療報酬を請求するために、医療保険支払機関等(国民保険連合会、社会保険支払基金など)に個人情報を提供しますが、患者様にはあらかじめご同意いただきます。

## アンケートにご協力お願い致します



Q.当医院をなにでお知りになりましたか？

|                               |
|-------------------------------|
| 家族・知人紹介 (お名前: _____)          |
| 他院からのご紹介 (病院名 _____)          |
| メガネ・コンタクトレンズ店からのご紹介 ・ 駅の看板    |
| インターネット ( 当院ホームページ・ 他ホームページ ) |
| その他( _____ )                  |

ご協力ありがとうございました