

令和 年 月 日

はい ・ いいえ

受 診 者	フリガナ 姓 別											
	氏 名 性 別 男 女											
	生年月日		大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳									
	住 所	〒				—						
自宅 ー ー 携帯 ー ー												
緊急連絡先	氏名 続柄 電話											
① 仕事中（休憩中を除く）のお怪我と関係がありますか											はい・いいえ	
② 交通事故と関係がありますか											はい・いいえ	
③ 他院からの紹介状をお持ちですか											はい・いいえ	
③ はいの方、事前に予約をしていますか											はい・いいえ	

■この用紙のご記入をもって、当院での診察、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。
 ■特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては原則、書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診察させていただきます。
 ■CD-R、フィルムを持参された方は、診察後に返却させていただきます。ただし、返却を希望されない場合若しくは受け取りに出来ない場合は3ヶ月保管の後、破棄させていただきます。
 ■ご理解とご協力をお願いいたします。

平成17年4月に個人情報保護法が施行されました。当院においても「個人情報保護規定」を策定し、これに則り適正に個人情報を管理運営しています。内容につきましては病院入口の掲示又は受付の資料をご参照ください。ご不明な点がございましたら受付担当者までお申し出ください。

[illegible]

カルテ番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

※備考	紹介状・CD-R・XP			
	案内者	登録者	確認者	呼出番号