

診療申込書

(記入日)令和 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	[大正・昭和 平成・令和]	年	月 日 (歳)
住所	〒 _____ _____ _____		
電話番号	()		
携帯番号	()		

当院と板倉病院・板倉サテライトクリニックは系列医療機関であり、電子カルテのデータを共有しております。
ご理解、ご承知いただきますようお願い申し上げます。

上記へ同意します

※患者様の個人情報は最善の医療を提供するものであり、他の目的への使用はいたしませんのでご安心ください。

※やむを得ない事情による予約変更のお願いや、検査結果や診察に関してのお知らせ等、当院からご連絡を差し上げる場合がございます。

ご記入いただいたご連絡先が万が一不通だった際に、ご伝言を頼める家族・親戚の方等の緊急連絡先がございましたら、ご記入ください。

【緊急連絡先】

フリガナ			続柄	
氏名				
電話番号	()		(自宅・携帯・他)	

いたくら乳腺クリニック
令和3年6月1日 作成
令和3年6月3日 改訂