

診察申込書

REGISTRATION (Please print)

(Registration date)

年 月 日 AM PM 夜間

登録番号

※太線の中のみ記入して下さい。

※以前、当院を受診したことがありますか? 有る・ない

Have you ever been to this hospital? Yes · No

Do you have Japanese health insurance? Yes · No

NATIONALITY:

フリガナ			大正 T	年	月	日生	性別 男:M 女:F
氏名 NAME			昭和 S	Year	Month	Day	
	Family name	First name	平成 H	(満才ヶ月)			Sex
現住所 ADDRESS (in JAPAN)	〒		勤務先名 EMPLOYER				
	TEL	()		TEL	()		

個人情報保護についてのお知らせ

当院では、信頼の医療に向けて患者さん及び利用者へ良い医療・介護を受けて頂けるよう日々努力を重ねております。「患者さん及び利用者の個人情報」について、個人情報保護方針（プライバシーポリシー）を定め職員及び関係者に周知徹底を図り、確実な履行に努めております。

*個人情報の利用目的について

当院では、患者さん及び利用者の個人情報の利用目的を定め利用させていただきます。これら以外の目的で利用させていただく場合には、改めて同意をいただくこととしております。

*個人情報の開示・訂正・利用停止について

当院では、患者さん及び利用者の個人情報の開示・訂正・利用停止などについても「個人情報保護に関する法律」の規定にしたがって進めております。手続きの詳細については、「個人情報相談窓口」にお尋ねください。

*確認と変更について

① 外来予約（検査・処置・指導など）の変更や、入退院の連絡、療養の給付及び保険証の確認など、また、緊急性を認めた内容について、お届けいただいた連絡先へ連絡する場合があります。ただし、事前にお申出があった場合は連絡いたしません。

② 提示いただいた保険証および医療証などのコピーをとらせていただく場合があります。

③ 外来などで氏名の呼び出しや病室における氏名の掲示をお望みにならない場合はお申出ください。ただし、医療事故防止や安全確認のためには、呼