

新東京クリニック・ハートクリニック診療申込書

ID	—	申込日	年	月	日				
フリガナ					性別				
氏名					男 ・ 女				
生年月日	明	大	昭	平	年	月	日	才	
現住所	〒					-			
電話	自宅	()	携帯	()					
緊急連絡先	氏名	(続柄)	電話	()					

当クリニックでは、診療情報を積極的に患者さまご本人にお知らせし、患者さまにも積極的に診療に参加して頂くことで、より良い医療の提供を目指しております。そのためには、患者さまからの正確な情報が必要になります。原則、患者さまから頂いた個人情報は、ご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、個人情報を院内で規定している場合を除き、許可なく外部の第三者には提供致しません。また、当クリニックは患者さまの誤認防止のため、お名前でお呼びする場合があります。ただし、それを望まない場合には、お申し出下さい。

同意する ・ 同意しない

希望される診療科を○で囲んで下さい

新東京クリニック

内科 消化器内科 外科 整形外科 眼科 皮膚科
泌尿器科 形成外科 美容外科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 脳神経外科

新東京ハートクリニック

心臓内科 心臓血管外科 糖尿病内科

当クリニックをお選びいただいた理由

1. 他院からの紹介(紹介状 : あり ・ なし)
2. テレビ・ラジオで知って
3. 新聞・雑誌を見て(新聞・雑誌名:)
4. 公開医学講座で知って
5. 友人・知人に勧められて
6. 家族に勧められて
7. 当院のホームページを見て
8. 家が近いため
9. その他()

紹介	登録	担当