

京都民医連太子道診療所 初診申込書（初めての方）

記入日 年 月 日

京都民医連中央病院で診察・検査等を受けたことが ある ・ ない			
ふりがな			性別 男 ・ 女
お名前			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生 才
ご住所	郵便番号 -		
お電話	自宅 () -		
	携帯 () -		
電話受付の有無	・ なし ・ 電話受付システムを知らない ・ あり (受付時間 時 分)		
本日の受診科	内科・外科・整形外科・小児科・泌尿器科・耳鼻咽喉科 眼科・皮膚科・精神神経科・その他 ()		
15歳未満の方へお伺いします。中央病院でお生まれになりましたか？ いいえ ・ はい - お母様のお名前は？ ()			
紹介者	・ なし ・ あり：家族・友人・職場・保育所・近所の人・当診療所職員 () 病院・医院 () 先生 その他 ()		

個人情報の取得及び利用目的につきましては、当院の掲示物、利用目的を記載いたしました文書をご覧ください。尚、お申し出がないものにつきましては、ご同意いただいたものと判断させていただきます。ご不明な点につきましてはお気軽にお問い合わせ下さい。

受診された後に、病院の診療案内や医療活動のご紹介やアンケート活動にご協力をお願いさせていただくことがあります。その際、本申込書にご記入いただきましたご住所にお届けさせていただきます。

お届け先が上記、ご住所と異なる場合は、下記にご記入ください。

* 連絡先が変更になりましたら、お知らせ下さいますようお願いいたします。