

東京西徳洲会病院 診療申込書

当院における個人情報保護の方針について

1. 患者さまとの信頼関係のもと、患者さまご自身の情報をご提供いただくことなしに良い医療サービスを実現することはできません。当院は医療サービスに必要な範囲において皆様の個人情報を収集し、患者さまの同意のもと利用・提供を行ってまいります。
2. 患者さまからご提供いただきました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏洩が起こらないよう適切な管理を徹底してまいります。
3. 個人情報に関する法令及びその他ガイドラインを遵守してまいります。
4. 個人情報保護の仕組みを継続的に改善できるよう、職員一同取り組んでまいります。

※黒い太線の中のみご記入下さい

ID				申し込み日
				平成 年 月 日
フリガナ				性別
氏名				ご記入者の続柄
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(続柄)
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			年 月 日生 (才)
住所	〒			
電話番号	自宅 — —		携帯 — —	
緊急連絡先				
希望される診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 乳腺腫瘍科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脊椎外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科			
診療科が分からない場合	症状をご記入下さい()			
診察希望日時	① 時	月	日午前	② 時
				月
				日午前
				③ 時
				月
				日午前
				時

紹介状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※無の方は当院を受診された動機(下記)をご記入下さい。		
当院を受診された動機	<input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 電車から見えた <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 医療講演に参加して <input type="checkbox"/> テレビ・雑誌を見て <input type="checkbox"/> 駅広告を見て <input type="checkbox"/> 新聞・チラシを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 救急車にて来院 <input type="checkbox"/> その他()		

※受診当日はかならず保険証をお持ち下さい。