

診療申込書兼個人情報保護、領収書承諾書 (保険診療、自費、交通事故診療、労働災害)

当院では患者さんに安全かつ最適な医療を提供するために、診察、検査（X-P、採血）治療法（薬剤副作用など）の事前説明、個人情報法、自費診療単価など掲示しご本人の意を得てから、円滑な医療を提供致します。ご不明な点は必ず事前にお尋ね下さい。

フリガナ
受信者名

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日生 歳

自宅住所 〒
固定電話番号

携帯電話番号

勤務先住所 〒
会社名
代表電話番号

(所属部署、業務内容など)

症状はいつから

思い当たる原因

部 位 首 肩 肘 手 胸 腰 骨盤 膝 足首 足
左 右 両方 (女性のみ妊娠の可能性 有り 無し)

既往歴 無し 有り (病名、時期)

薬物アレルギー 無し 有り (薬剤名)
(内服、外用、注射、麻酔を含む)

家族歴 無し 有り (病名、時期)

現在の内服薬 無し 有り (薬剤名)

当院を何で知りましたか? ネット バス広告 看板
その他もしくは紹介者氏名 ()

領収証は必要ですか? 不要 必要 (毎回 一括 その他)

上記内容と診察、検査法、治療法、院内掲示項目、などに関し確認し同意致します。

※ 未成年の場合、保護者(付き添い)

本人署名

署名