

新患申込書

別紙記載の「個人情報の利用目的」および「個人情報の取り扱いについて」に同意される場合は、チェックのうえ、以下にご記入下さい。

尚、同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出下さい。同意をいただいた後でも個別に不同意を表明することが可能です。

同意します。(同意される場合はをお願いします)

記入日 年 月 日

フリガナ	
お名前	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 —
電話番号	— —
携帯番号	— —
※診療所記入欄 登録No	

※ 医療生協に加入されていますか？(加入している・未加入・わからない)

※ 当院を受診されたきっかけを教えてください。

(複数回答可) チェックをお願いします

住居が近い・通院しやすい 医療生協を通じて 他の医療機関からの紹介

夜間診療しているから 家族が利用しているから 健康診断後の相談

ホームページをみて 組合員・友人の紹介

その他 ()

※ 当院までの来院方法

徒歩 自転車・バイク 自家用車 送迎バス タクシー

その他 ()

☆受付や診察等でお名前を呼ばせて頂いておりますが、不都合がある場合は職員までお申し出下さい。

医療生協さいたま

所沢診療所