

インターネット予約サービス 小児科予防接種・健康診断用 診療申込書

REGISTRATION
(Please print)

生活と健康を守り働く者の医療機関
川崎医療生活協同組合 大師診療所

- 注1 患者様ご本人のお名前、ご住所などをご記入下さい。
注2 法律に定められた手続きに必要なことですので正確にご記入下さい。
注3 緊急に連絡が必要な場合がありますので、必ず2つ以上の連絡先をご記入下さい。

		申込年月日		年	月	日
(ふりがな) 氏名 Name		男 M	平・令	年	月	日
		女 F				
住所 Present Address	郵便番号	—				
		都道 府県	市	区	町	
		丁目	番	号		
		アパート・マンション	部屋番号			
電話 Phone 第1連絡先	日中連絡がつきやすい番号をご記入ください ご自宅の電話番号 保護者様携帯電話番号 氏名	続柄	電話番号 ()	—		
電話 第2連絡先	上記以外の緊急連絡先をご記入ください 氏名	続柄	電話番号 ()	—		
これまでに当診療所を受診したことがありますか				はい	いいえ	
ご予約内容に ○印 をして下さい。 健康診断 ・ 予防接種						
医療生協への加入の有無		当診は、川崎医療生活協同組合が運営する医療機関です。				
加入済 ・ 未加入		ご利用に当たっては、組合員としてご利用いただくよう加入のご案内をさせていただきます。 診療所長				

診療申込書の利用目的

※この診療申込書に記入された内容は、患者様への医療サービス提供のための個人情報として利用させていただきます。
※詳細につきましては、別に掲示しました「個人情報保護に関するお知らせ」と利用目的等をご確認いただき、初診時に
おけるご了解をもって、患者様の個人情報の取得と利用についてご同意を得たものとして取り扱わせていただきます。