

新患診療申し込み兼個人情報利用同意書

私は、貴院の個人情報保護指針及び個人情報の利用目的に同意し診察を申し込みます。

記入日	年 月 日		
ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日（ 歳）		
住所	〒 — —		
電話番号	— —	携帯番号	— —
緊急連絡先	① — — （続柄 ）	②	— — （続柄 ）

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（ はい ・ いいえ ）

ご記入いただきました情報は診療に必要な範囲においてのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。

カルテ同様、厳正に管理します。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

医療法人稜陽会 住田内科クリニック