

# 初めて受診されるかたへ

新しいカルテをお作りしますので、下記の項目にご記入をお願いいたします

20 年 月 日

フリガナ				生年月日
お名前	(氏)	(名)	男	平成・令和 年 月 日
			女	
ご住所	〒 -			
連絡先	電話		携帯電話	

## ○個人情報保護のための当院におけるお願い○

当院では安心して医療を受けていただくために、個人情報の取扱いにも万全の体制で取り組んでいます。当院では皆様の個人情報を下記等の目的で利用させていただくことがございますが、ご不明な点は窓口までお気軽にお尋ねください。なお詳細につきましては院内掲示をご覧ください。

1. 呼出し・確認方法について: 原則として、聞き違いを防ぐため、姓名を用いて呼び出し、確認を行っています。姓名を用いた呼び出し、確認に同意できない場合には、当院のID番号を用いますので、お手数ですが受診の都度お申出ください。
2. 情報の更新について: 皆様の個人情報について、正確かつ最新の状態に保つため、適時、本人確認のため当院ID番号・住所・氏名・保険証番号などを確認させていただきます。

「当院における個人情報保護のためのお願い」に同意いただけますか	はい	いいえ
本人確認・医療費請求のための保険証のコピーを取らせていただけますか	はい	いいえ

保護者様のサイン