

京都民医連太子道診療所 初診申込書（初めての方）

記入日 年 月 日

※京都民医連中央病院で診察・検査等を受けたことが …… ある ・ ない			
ふりがな			
お名前			性別 男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月	日生 才
ご住所	郵便番号 —		
お電話	自宅（ ） —		
	携帯（ ） —		
本日の 受診科	内科・整形外科・皮膚科・泌尿器科 精神神経科		
紹介者	<ul style="list-style-type: none"> ・なし ・あり：家族・友人・職場・保育所・近所の人・当診療所職員 （ ）病院・医院（ ）先生 その他（ ） 		

個人情報の取得及び利用目的につきましては、当院の掲示物、利用目的を記載いたしました文書をご覧ください。尚、お申し出がないものにつきましては、ご同意いただいたものと判断させていただきます。ご不明な点につきましてはお気軽にお問い合わせ下さい。