


はじめての方へ

別紙記載の「個人情報利用目的」及び「個人情報の取扱いについて」に同意される場合は、チェックの上、以下にご記入下さい。
また、診療に際し、職員が患者様のお名前をお呼びしています。
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。
なお、同意を頂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（同意される場合は左記へチェック▼をお願い致します。）

記入日		年	月	日
ふりがな				
お名前				男 女
生年月日	(明治・大正・昭和・平成)	年	月	日
ご住所	〒			
電話番号	()			
医療生協さいたま生活協同組合(組合員・未組合員・不明)				
さいわい診療所				医療生協

この診療所をご利用になるきっかけを教えてください(は一つでなくてもよいです)

- 1) 親や身内が利用している 2) 友人にすすめられて 3) 組合員にすすめられて
4) 他院所からの紹介 5) 近所に住んでいる 6) 偶然通りかかって
7) 夜間診療をやっているから 8) 健康診断の精密検査 9) ホームページを見て
10) その他 ()

職員記入欄:ID