

# 受診者登録票（新規・変更）

下記をご記入の上、保険証、問診票（別紙）と合わせて受付にご提出ください。

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
お名前			
生年月日	大・昭・平 年 月 日		
住所	〒		
電話番号			
携帯電話番号			
同伴者 (保護者)	お名前 (続柄)  連絡先		

血液検査の結果を早めにお知らせした方が良い場合など、緊急を要する場合などで、クリニックから連絡をする場合がございます。

● クリニックからの連絡

- 携帯電話なら可       自宅電話なら可       その他の連絡先なら可  
[ ]

● 連絡する場合の発信者の名称について

- クリニック名での連絡を希望します。  
 職員名（「新田」などなら可）を希望します。

いただいた個人情報は診療に関する目的以外には使用しません。