

診 療 申 込 書			
ご記入日	年	月	日
紹介状・検査記録CDなどをお持ちですか。			
紹介状	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	なし	
CD	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	なし	
紹介状をお持ちでない場合は、保険外併用療法費(自由診療費)の特別料金として3,000円(税別)をご負担いただきます。			
フリガナ			
ご本人様氏名			
性別 男・女			
生年月日	年	月	日
年齢	歳		
現住所 〒			
都道府県			
市			
区			
番地			
マンション・アパート名			
携帯電話			
自宅電話			
第2連絡先	必要時に当院より連絡しても良い番号をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/>	家族	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	その他	ご本人のとのご関係
お名前			
電話番号			
ご希望する診療科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 線維筋痛症 <input type="checkbox"/> ペインクリニック			
ご症状・ご相談の情報			
<p>この用紙のご記入及びご送信をもちまして、ご予約のご確認させていただきます。</p> <p>また、受診の際には、院内掲示されている診療に伴う同意について理解した上で、当院での診察、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。</p> <p>特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては原則、書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診療させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。</p>			
以下当院記入欄			
予約受付日	年	月	日
診療予約日時	年	月	日
予約確定ご回答日	年	月	日

## プライバシーポリシーについて

東京リウマチ・ペインクリニック（以下当クリニックといたします。）は個人の人格尊重の理念の元に、プライバシー情報の保護に最大限の注意を払っております。

### 1. 個人情報の保護・利用について

当院は、ご提供いただいた個人情報の取り扱いについて、最大限の注意を払います。また、情報等遺漏のないよう、管理体制に十分注意を払い、スタッフへ指示・監督を行います。

### 2. 個人情報の開示について

下記の項目に該当する場合、ご提供いただいた個人情報を開示することがあります。

患者様の了承を得た場合

- ・個人を識別あるいは特定できない状態に書こうして利用する場合
- ・裁判所・警察などの公的機関またはこれに準じた権限を持つ機関より、正式に紹介要請を受け受けた場合