



# 受診者情報

当院では、ご受診される方の個人情報につきまして、個人情報保護法及び当院個人情報保護方針に基づき慎重に管理を行います。ご記入いただきました情報は、健診及び医療にのみ使用します。健保組合及び事業所等から委託された人間ドック・健康診断等においては、結果通知を行うことがあります。ご同意いただいた上、以下のご記入をお願い致します。

|                       |               | 記入日付 | 年        | 月        | 日     |
|-----------------------|---------------|------|----------|----------|-------|
| ふりがな                  |               |      |          |          | 性別    |
| 氏名                    |               |      |          |          | 男 ・ 女 |
| 生年月日                  | 大 昭 平         | 年    | 月        | 日生 (     | 歳 )   |
| 住所                    | 〒             | -    | 都道<br>府県 | 市区<br>町村 |       |
|                       |               |      |          |          |       |
| 電話番号<br>(自宅)          |               |      |          |          |       |
| 電話番号<br>(日中連絡がとれる連絡先) | 携帯 ・ 職場 ・ その他 |      |          |          |       |
| 健康保険証情報               |               |      |          |          |       |
| 保険者番号                 |               |      |          |          |       |
| 記号                    |               | 番号   |          |          |       |
| 区分                    | 本人 ・ 家族       | 交付日  | 年        | 月        | 日     |

医療法人北辰会 天の川病院 健康管理科

〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪2丁目20-1

TEL:072-847-0625 FAX:072-840-0040