≪申込書≫　　　ID

氏名	フリガナ	男 女	生年月日	1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和	年　月　日
住所	〒　－　固定電話（　　）　－ 携帯電話（　　）　－				
紹介状をお持ちですか？				□はい	□いいえ
今日はどのような症状ですか？その症状はいつからですか？					

病状説明に関する同意書

希望する項目に〇をお付けください

1）症状説明を受ける方の特定について	
本人	受ける　・　受けない
本人が同意した人	受ける　・　受けない

2）悪性新生物（癌）・難病等の疾病についての告知を受けますか	
本人	受ける　・　受けない
本人が同意した人	受ける　・　受けない

本人が同意した人以外には情報提供致しません。

	氏名	住所・連絡先
キーパーソン	続柄（　　）	〒　―　連絡先（　　）　－
	続柄（　　）	〒　―　連絡先（　　）　－
	続柄（　　）	〒　―　連絡先（　　）　－

記載日　　　年　　月　　日

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

改定日　令和４年６月９日