

あしたばメンタルクリニック 診療申込書			
下記【注】をよくお読みになられ、ご同意の上ご記入なされて下さい Version090401			
お申し込み年月日	平成 年 月 日	ID	ご記入なされないで下さい
ふりがな			
ご氏名		ご性別	
ご生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	ご年齢	
ご住所	〒		
お電話番号		携帯	
緊急時 連絡先	ご氏名	続柄	
	ご住所		
	お電話番号	携帯	

【注】以下の項目につきご理解、ご同意の上で、診療申込書へのご記入をお願い致します。

- (1) 当クリニックの専門は精神科、神経科、心療内科です。
- (2) 個人情報保護に十分な配慮を行っています。詳しくは別パンフレットもしくはホームページをご参照なされて下さい。
- (3) 診療上必要な場合、上記のご住所、お電話番号にご連絡させて戴くことがあります。
- (4) 自傷、他害行為等の緊急時においては原則的に緊急時連絡先等に報告させて戴きます。
- (5) 未成年の方は保護者の同意の上でご通院をなされて下さい。
- (6) 健康保険内の治療を行っております。保険に適合しない事柄には別途費用を要します。
- (7) 治療経過中に自傷・他害行為、薬物依存、過量服薬、拒薬、身体的治療が優先される場合、診療の妨げになる行為、他患者様への迷惑行為等の見られる方、およびご本人に治療意志のない場合などには通院での治療継続は困難です。これらの場合には治療継続について医師の判断に従って下さい。
- (8) リタリン、ベタナミン等の精神刺激薬は処方致しません。
- (9) 共同研究などのために心理テスト等のデータ等を個人情報保護に十分配慮しながら、学会、学会誌等にて発表させて戴くことがあります。
- (10) 上記同意事項に変更があった場合には、院内およびホームページに掲示させて戴きます。変更にご同意が得られない場合には、ご遠慮無くお申し出下さい。

何卒よろしくお申し上げます。

あしたばメンタルクリニック  
院長 久保田 裕 拝