

診療申込書

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

ID				
----	--	--	--	--

受診希望科	・内科	・循環器内科	・消化器内科	・糖尿病内科	・整形外科	・健診
	・脳神経内科	・腎臓内科	・呼吸器内科	・眼科	・皮膚科	・泌尿器科

↓太枠内を記入してください

患者様氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別		年齢
		大・昭 平・令		男 女 M F		
住 所	フリガナ					
	〒	—				(アパート・マンション名、部屋番号もご記入ください)
電話番号	() —	その他 連絡先	() —			
紹介状の有無	有 ・ 無 ・ CD-ROM ・ その他()					
紹介医療機関	下記に該当される方はお申し出ください。 交通事故 ・ 労災(職場・通勤途中のお怪我) 受傷日 月 日()					

・本日マイナ保険証(保険証と紐付けられたマイナンバーカード)をご利用されますか？

はい いいえ

→「はい」の場合、本日診療情報の取得に同意されましたか？

はい いいえ

・この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

はい いいえ

→「はい」の場合、本日健診情報の取得に同意されましたか？

はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用に御協力をお願い致します。

- 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2」1点
「加算4」3か月に1回1点(マイナ保険証を利用した場合)