

# 診療申込書（新規・変更）

診察券番号：

受付日：

当院の受診が初めての方又は個人情報に変更があった方は記入いただいた上、受付にお並び下さい。

※太枠内・マイナ保険証について①~④のご記入をお願いいたします。

フリガナ				男 ・ 女
受診者氏名				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳			
住所	〒 - 都道 府県			
自宅	( )	携帯	( )	

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ご協力をお願いいたします。

①マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しました。 はい ・ いいえ

②他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

③現在、他医療機関に通院していますか？  
はい【医療機関名： / 治療内容： 】 ・ いいえ

④この1年間で特定健診・高齢者健診を受診しましたか？  
はい【受診期間： / 指摘項目： 】 ・ いいえ

--	--	--	--	--

※保険証をお忘れの方は10割負担となります。尚、ご負担分の精算に関しては「受付」窓口にてお尋ねください。

## 【職員記入欄】

予約	<u>あり ・ なし</u>	<input type="checkbox"/>	マイナ使用	<input type="checkbox"/>	交通事故	<u>1 3 5 6 16 17 18 19 21</u>
外出	<u></u>	<input type="checkbox"/>	保険証忘れ	<input type="checkbox"/>	労災	<u>内 内 小 小 耳 皮 美 整 歯</u>
体温	<u>°C</u>	<input type="checkbox"/>	受給券忘れ	<input type="checkbox"/>	健康診断	<u>・ 皮</u>
症状	<u></u>	<input type="checkbox"/>	保先	<input type="checkbox"/>	予防接種	<u>脳 外</u>