

診療申込書

年 月 日

フリガナ	生年月日:大正・昭和・平成・令和		
氏名	男・女	年 月 日	(歳)
住所 〒			
電話番号 自宅:	携帯:		
勤務先(学校名):			

当院をどのようなきっかけで知りましたか？

知人・ご家族の紹介(紹介者名: _____) ホームページ

近隣 その他(_____)

マイナ受付導入に伴う、マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)・健康保険証(今まで通り保険証利用)による情報取得に同意しますか？

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を努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用のご協力をお願い致します。

他の医療機関からの紹介状や健康診断結果・検査結果などはありますか？

はい いいえ

この1年間で健診(特定健診・高齢者健診など)を受診しましたか？

いいえ 指摘事項がありましたか？ある場合は記入ください

はい いつ頃: _____ (_____)

裏面のご記入もお願い致します。

