

診 療 申 込 書

受付 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
お名前	様		明・大・昭・平 年 月 日生(満 歳)
住所	〒 — —		
電話番号	— —	携帯番号	— —

以下は、ご勤務先の保険証をご使用の方のみご記入ください

ご勤務先名称	代表番号	— —
--------	------	-----

ご退職日以後の健康保険証は使用できません

該当項目に を入れてください

ご 質 問	
過去での当院受診	<input type="checkbox"/> 有 (旧姓:) <input type="checkbox"/> 無 初めて
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容:
現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 科 病名:
	科 病名:
	科 病名:
女性の方のみ	妊娠(可能性を含む) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 授乳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

本日の受診の目的を教えてください

<input type="checkbox"/> 内科診察 <input type="checkbox"/> 検診・健診 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> AGA治療 <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> その他 症状 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

マイナ保険証に関するご質問

マイナンバーカードの保険証利用	<input type="checkbox"/> 本日の受診時はマイナンバーカードを保険証として利用する
	<input type="checkbox"/> 本日の受診時はマイナンバーカードを保険証として利用しない
「マイナンバーカードを保険証として利用する」と回答した方へ同意の確認	<input type="checkbox"/> 薬剤情報や診療情報等の取得に同意した
	<input type="checkbox"/> 薬剤情報や診療情報等の取得に同意していない

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。