令和　　年　　月　　日

受　診　申　込　書

患者ＩＤ【　　】

（フリガナ） 患者氏名		性別	男 ・ 女	生年 月日	（　大・昭・平・令　） 年　月　日
※住所 居住地 住民票地	〒　　－				
固定電話		携帯電話			
（フリガナ） 連絡者①		続柄		生年 月日	（　大・昭・平・令　） 年　月　日
住所	〒　　－				
固定電話		携帯電話			
（フリガナ） 連絡者②		続柄		生年 月日	（　大・昭・平・令　） 年　月　日
住所	〒　　－				
固定電話		携帯電話			

※患者さんの住所が住民票地と居住地で異なる場合は、両方ご記載下さい

●他の医療機関からの紹介状をお持ちになられましたか？
　□はい 病院名【　　】　□いいえ

●下記のいずれをご持参されましたか？
　□健康保険証　　□マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。
　あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？
　□同意した　　□同意していない

●直近１年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？
　※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。
　□受けていない　　□受けた　健診名【　　】
　　いつ頃　　年　　月ごろ

●交通事故または仕事中の事故（労災）でのご受診ですか？
　□いいえ　　□はい

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。
◆医療情報取得加算（初診時）加算１：３点（マイナ保険証を利用しない場合）、加算２：１点（マイナ保険証を利用した場合）

記載された個人情報は、当院の個人情報保護方針に基づいた利用目的以外には使用いたしません