

受 付 日	
患 者 番 号	

診 察 申 込 書

※初診の方は、太枠内にご記入の上、初診受付にご提出してください。
 なお、健康保険証で受診の場合は、保険証をコピーさせていただきますのでご了承ください。

※診察券をお持ちの方で、前回受診時から「住所・電話番号」の変更がない場合は、
 太枠内の「住所・電話番号」は省略していただいても構いません。
 わからない場合は、お手数ですが、ご記入をお願い致します。

フリガナ			男・女
氏 名			
生年月日	大正・昭和 平成・令和		年齢 才
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
電話番号	携帯：	— —	(続柄：)
	自宅：	— —	(続柄：)
御紹介元 医療機関	有 ・ 無		
マイナ保険証をご利用されますか？			
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
オンライン資格認証システムを用いた「限度額認定証」の照会			
<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
保険証はご返却させていただきましたか？ (はい)			
ご署名：			

当院は診療情報を取得・活用する事により、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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1：6点：加算2：2点(マイナ保険証を利用した場合)

山村クリニック

〒634-0804
 奈良県橿原市内膳町5丁目2-30 OJビル2F
 TEL. 0744-20-1758