

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 月 日	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		
マイナンバーカードをご利用されますか？			
<input type="checkbox"/> はい (マイナ受付機へ) <input type="checkbox"/> いいえ (保険証を受付へ)			
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、マイナンバーカード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 加算1 3点(マイナンバーカードを利用しない場合) / 加算2 1点(マイナンバーカードを利用又は、紹介状を持参の場合)

再診 加算3 2点(マイナンバーカードを利用しない場合) / 加算4 1点(マイナンバーカードを利用又は、紹介状を持参の場合)

※再診は3月に1回に限り算定