

診療申込書

赤枠内を記入してください。

患者番号	
<input type="checkbox"/> 予約	<input type="checkbox"/> 直来

受付年月日	年 月 日			
フリガナ			性別	
氏名			男 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年齢 才	
フリガナ				
現住所	〒			
電話番号	①	②		
緊急連絡先	氏名		関係	
	電話番号			
保険証	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	
紹介状はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
画像CDはありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
他院に入院中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()		
施設に入所中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	
			<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
			<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	
<input type="checkbox"/> その他				
		施設名		
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	

※保険証、紹介状（ありの場合）は必ずご提出ください。

※他院入院中の方、施設に入所中の方は医療機関名、施設名称をお書きください。

※マイナ受付をご利用いただくことで、他の医療機関で処方された特定健診情報・診療/薬剤情報を、当院の医師が閲覧でき、より多くの情報に基づいた診療を受けることが可能となります。