

申込日： 年 月 日

診療申込書兼初診時間診票

ID

必要事項へご記入いただき、保険証と一緒に受付へお持ちください

フリガナ			生年月日	
氏名	男・女	大 昭 平 令	年	月 日
			(満 歳)	
フリガナ				
住所	〒			
電話	自宅	—	—	
	携帯電話	—	—	
	緊急時連絡先	—	—	
勤務先	勤務先名			
	電話番号	—	—	

↓ 希望診療科に
○をつけてください

診療科名	
<input type="checkbox"/>	内科
<input type="checkbox"/>	脳神経内科
<input type="checkbox"/>	脳神経外科
<input type="checkbox"/>	消化器・一般外科
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科
<input type="checkbox"/>	乳腺外科
<input type="checkbox"/>	婦人科
<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/>	眼科

↓ 該当する項目に○をつけてください

質問事項	
<input type="checkbox"/>	当院は、初めての受診である
<input type="checkbox"/>	最後に当院にて診察を受けてから、3年以上期間が空いている
<input type="checkbox"/>	1年以内に他科受診はあるが、本日の診療科は初めての受診である
<input type="checkbox"/>	他の病院からの紹介状を持参している
<input type="checkbox"/>	仕事上、通勤途中での傷病である(労災)
<input type="checkbox"/>	交通事故による傷病である
<input type="checkbox"/>	第三者行為(けんか等)による傷病である

※ 紹介状持参なし { ① 前回受診日より3年以上受診歴があいている方
② 初めて当院にかかれる方

↓
医療費とは別に、保険外併用療養費として7,700円がかかります。
予めご了承ください。

※ 仕事上、通勤途中、交通事故での受診の際は、受付窓口へお申し出ください。
仕事上・通勤途中(労災)の場合は、上記勤務先欄をご記入ください。

< マイナンバーカードに関する問診 >

● 本日は、下記のいずれをご持参なさいましたか？

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？

同意していない 同意した

● 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)

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・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

【 病院記入欄 】

診 察 券	預・返・忘	保 険 証	預・返・忘	保 険 外 併 用 療 養 費 説 明	済
	再発行(無料)		未加入・自費OK		未
	救外の為発行		医療券他(労予(99/91) 自賠(93)