

診療申込書

受付 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
お名前	様	明・大・昭・平	年 月 日生(満 歳)
住所	〒 - -		
電話番号	- -	携帯番号	- -

以下は、ご勤務先の保険証をご使用の方のみご記入ください

ご勤務先名称	代表番号
	- -

ご退職日以後の健康保険証は使用できません

該当項目に を入れてください

ご質問	
過去での当院受診	<input type="checkbox"/> 有 (旧姓:) <input type="checkbox"/> 無 初めて
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容:
現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	科 病名:
	科 病名:
女性の方のみ	妊娠(可能性を含む) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	授乳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

本日の受診の目的を教えてください

<input type="checkbox"/> 内科診察 <input type="checkbox"/> 検診・健診 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> AGA治療 <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> その他 症状
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"></div>

マイナ保険証に関するご質問

マイナンバーカードの保険証利用	<input type="checkbox"/> 本日の受診時はマイナンバーカードを保険証として利用する
	<input type="checkbox"/> 本日の受診時はマイナンバーカードを保険証として利用しない
「マイナンバーカードを保険証として利用する」と回答した方へ同意の確認	<input type="checkbox"/> 薬剤情報や診療情報等の取得に同意した
	<input type="checkbox"/> 薬剤情報や診療情報等の取得に同意していない

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。
 初診時のみマイナンバーカードの利用に応じて加算の点数が変わります。

マイナンバーカードを保険証として利用する : 加算2...2点
 マイナンバーカードを保険証として利用しない : 加算1...4点

医療法人社団きさらぎ会

鈴木内科クリニック

記入者氏名

(続柄:)