

記入日 年 月 日

クリニック記入欄 ID: \_\_\_\_\_

**\*初めて受診される方は必ずご記入をお願いいたします****\*連絡先や所属の確認のため、定期的に記入をお願いしております****診療申込書**

※以下にご記入をお願いいたします わからないところは空欄のまま受付にご提出ください

フリガナ \_\_\_\_\_

インターネット受付 (未・済)

お名前

生年月日 明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日

年齢 \_\_\_\_\_ 才

性別 男・女 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

※マンション・建物名、部屋番号までお書きください

電話番号 (固定電話) \_\_\_\_\_

(携帯電話) \_\_\_\_\_

職業 会社員・医療従事者・介護職・主婦・無職・その他 ( \_\_\_\_\_ )

※小児の方及び学校等に通われている方は以下にご記入ください

( \_\_\_\_\_ ) 保育園 (認可・認証・小規模・認可外・託児所・保育ママ) わかれば○をお付けください

( \_\_\_\_\_ ) 幼稚園

( \_\_\_\_\_ ) 認定こども園

( \_\_\_\_\_ ) 小学校・中学校・高等学校・高等専門学校・特別支援学校・大学

上記に当てはまらない方はこちらにご記入ください ( \_\_\_\_\_ )

お薬手帳をお持ちですか? (はい・いいえ) → 「はい」の方はこの申込書と一緒にお薬手帳を受付にご提出ください

診療情報提供書をお持ちですか? (はい・いいえ) → 「はい」の方はこの申込書と一緒に受付にご提出ください

健康診断結果、他院等の検査結果をお持ちですか? (はい・いいえ) → 「はい」の方はこの申込書と一緒に受付にご提出ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? (はい・いいえ)

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2023年4月～12月 加算1 (初診時) 6点 加算2 (初診時マイナ保険証を利用した場合) 2点 加算3 (再診時マイナ保険証を利用しない) 2点



ご記入ありがとうございました

双葉町クリニック