

*初めて受診される方は必ずご記入をお願いいたします

2024年6月版

記入日 年 月 日

*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

クリニック記入欄 ID: _____

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			

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。

◆医療情報取得加算：初診時 加算1 (保険証で受診した場合) 3点 (月1回) 加算2 (マイナ保険証を利用した場合) 1点 (月1回)
再診時 加算3 (保険証で受診した場合) 2点 (3月に1回) 加算4 (マイナ保険証を利用した場合) 1点 (3月に1回)



ご記入ありがとうございました

双葉町クリニック