

# 診療申込書

現在、通院中の方は、氏名・生年月日・希望診療科のみを記載し、診察券・保険証と一緒に提出してください。  
ただし、住所等の変更がある場合は、記載願います。

フリガナ		生年月日	明治 大正
患者氏名	(旧姓)		昭和 平成 年 月 日

性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所	〒 -		
	電話番号	携帯電話	
連絡先 (上記住所以外に滞在中の場合)	〒 -		
	連絡者氏名	本人との関係	
	電話番号	携帯電話	
<保険証> 被保険者名		被保険者との 続柄	本人・夫・妻・子 その他( )

【以下、①～③の該当箇所に○をつけてください。】

## ① 本日受診希望の診療科

01 内科	02 小児科	03 外科	04 整形外科	05 産婦人科	06 耳鼻咽喉科	07 眼科
08 皮膚科	09 泌尿器科	10 脳神経外科	11 麻酔科	12 循環器科	15 消化器科	

## ② 海外渡航歴の確認

・14日以内に、外国に滞在していたことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

## ③ マイナンバーカードに関する確認(問診)事項

・マイナンバーカードを活用した保険証による診療情報取得に同意しましたか。 ( はい ・ いいえ )

・直近1年以内に処方を受けたり、健診(特定健診など)を受けていますか。 ( はい ・ いいえ )

当院では診療情報を取得・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します。

## 病院使用欄

### ID番号

レター	診察券再発行	受取	登録	確認
有 ・ 無	有 ・ 無 手数料 済			

受付時間

労災  労災 未定

事業所名

電話番号

担当者名

事故 同意書渡し (未・済)

保険会社連絡 (未・済)