

診療申し込み書

年 月 日

フリガナ		世帯主 氏名	続柄
氏名	性別 男・女	勤務先	名称
			住所
生年月日 M. T. S. H 年 月 日 (才)			電話
住所 〒		電話 () -	

紹介状・紹介者：(有・無) 1. 医師 2. 患者様 3. 知人 4. ご家族 5. その他 ()

氏名 病院名

- *お名前ではなく番号でのお呼び出しをご希望の方は□にチェックをお願いします。
□希望する
- *マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)お持ちですか?
□ はい ⇒本日、診療情報取得に同意されましたか? (□ はい □ いいえ)
□ いいえ
- *今までに、当院にて受診をしたことがありますか? 受診希望の医師がいらっしゃいますか?
□ ある(今年・1～3年前・それ以前) □ ない
□ いる(医師名) □ 特にない
- *この1年間で健診を受診されましたか?
□ はい(受診時期: 指摘されたこと:) □ いいえ
- *今日はどうなされましたか?(何科、症状やいつ頃から等、簡単にご記入ください)
□内科 □消化器内科(内視鏡) □外科 □肛門外科 □皮膚科 □小児科
- *女性の方へ。現在妊娠中・妊娠している可能性はある・授乳中ですか?
□ いいえ □ はい(□妊娠 ヶ月 □妊娠している可能性がある □授乳中)
- *いつケガをされましたか?(ケガの方のみご記入下さい。)
□ 工作中 □ 交通事故 □ 通勤途中 □ その他
仕事でもしくは通勤途中に記入された方はどちらの保険を使用しますか?
□ 労災保険 □ 健康保険
(注:健康保険を使用する場合、診療明細書に「業務上の疑い」と記載させていただきます。)
- *今日は食事を召し上がりましたか?
□ 食べた □ 食べていない(絶飲絶食)
- *飲み薬、注射薬、食事等で具合が悪くなったり、アレルギーを起こした事がありますか?
□ ない □ ある(薬品名、食材名)
- *今までにどんな病気をしましたか?
□ 心臓病 □ 肝臓病 □ 腎臓疾患 □ 肺疾患 □ 脳疾患
□ 糖尿病 □ 高血圧症 □ その他 ()
- *現在、他の病院に通院していますか? □していない □している
- *現在、飲んでいる薬がありますか? □ない □ある
- *領収書発行の際に、その日行われた診療行為の明細書(無料)をお渡ししていますが希望されない方は□にチェックをお願いします。 □希望しない

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の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 6点 加算3 2点(マイナ保険証を利用した場合)