

診療申込書



(記入日： 年 月 日)

ふりがな	
お名前	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒
電話	(自宅) — —
	(携帯) — —
緊急連絡先	氏名 (続柄)
	(電話・携帯番号) — —
※勤務先名	TEL — —

※は、勤務中のお怪我の場合のみご記入ください

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。

同意書(オンライン資格確認)

(40歳以上の方) 過去の健診情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理の為に使用します。	
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない・40未満の方
限度額適用認定証の情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理の為に使用します。	
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
過去の診療・お薬情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理の為に使用します。	
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
特定疾病療養受給証情報を当機関に提供することに同意しますか。 ※当該欄への記載が必要か否かについては、職員に確認ください。	
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
同意者氏名 (代理人記入の場合、代理人氏名)	(続柄)