

スタッフ記入欄 ID ()

受診申込書

受診日: 年 月 日

当院での治療をご希望されるにあたり当申込書へのご記入をお願いしております。また、必要な場合にご記入いただいたご連絡先にお電話、お電話が通じない場合には郵便の送付をさせていただくことがありますのでご了承ください。

受診者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 ()歳	性別	男・女・他
	住所(居住地)	〒 上記の住所は住民票と同じですか?(はい・いいえ)				
	連絡先 ③		連絡先 ④		勤務先	名称 ☎

緊急連絡先	フリガナ 氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ()歳	性別	男・女・他	
	住所	〒				続柄	
	連絡先						

以下にチェックをお願いします。

マイナンバーによる限度額情報を含む診療情報提供書取得に同意しますか?

はい

いいえ

当院ではマイナンバーの利用により、他院での処方内容や特定健診の結果等の診療情報を取得・活用することで質の高い医療の提供に努めております。そのため、令和6年6月より医療情報取得加算が行われます。正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

マイナ保険証の利用	加算点数
利用しない場合	初診時 3点
利用しても診療情報取得に同意しない場合	再診時 2点(3月に1回)
利用し、診療情報取得に同意された場合	初診時 1点 再診時 1点(3月に1回)

ご協力ありがとうございました。

城谷病院