

患者番号

						-	
--	--	--	--	--	--	---	--

新 規

住所変更

氏名変更

★初診の患者様へ★

他の医療機関からの紹介状をお持ちでない患者様は、特別初診料を各診療科 7,700円(歯科口腔外科を除く)、歯科口腔外科 5,500円をいただきます。
(ご不明な点は受付までお尋ね下さい。)

☐ 了承しました

※太枠内を記入して下さい。

来院年月日

年

月

11

質問事項	(1) 1年以内に海外へ行きましたか？ ☐ 行った → 質問(2)へ ☐ 行っていない → 質問(3)へ																			
	(2) "行った"とお答えの方は、いつ帰国されましたか？ ☐ 1か月以上前 ☐ 2～4週間前 ☐ 2週間前以内																			
	(3) 現在、熱・咳などの風邪のような症状がありますか？ ☐ ある ☐ ない																			
	(4) 以前この病院にかかったことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明																			
	(5) 紹介状はお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ																			
	(6) マイナ保険証による「診療情報の取得」「高額療養情報の取得」に同意しますか？ ☐ 「診療情報の取得」に同意します ☐ 「高額療養情報の取得」に同意します ☐ 両方とも同意しません																			
	(7) 直近1年間で特定健診や高齢者健診を受けましたか？ ☐ はい 受診時期：令和 年 月 日 指摘事項： ☐ いいえ																			
(8) 該当する方は ○ で囲んでください。 交通事故 ・ 工作中、通勤中のけが																				
受診を希望する科 (番号を○で囲んでください)	01 内科	02 循環器内科	03 消化器内科	04 呼吸器内科	05 神経内科	06 腎臓内科	07 外科	08 乳腺外科	09 整形外科	10 耳鼻咽喉科	11 産婦人科	12 眼科	13 小児科	14 皮膚科	15 脳神経外科	16 泌尿器科	17 口腔外科	18 放射線治療科	19 放射線診断科	20 科 ← 左記にない診療科
フリガナ																		性別		
氏名	姓									名								O 男	1 女	
生年月日	大正平成				昭和令和				年		月		日生		(歳)					
現住所	〒 —————																			
	電話 ————— 携帯 —————																			

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。

保険証預り

--	--	--	--

保険証受領サイン

	枚
--	---

保險証等

登 録	確 認