

診療申込書

REGISTRATION FORM

ID:

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

※ 太枠内のみご記入ください

フリガナ							
氏名 Full Name						男 M 女 F	
生年月日 Date of birth	大平 昭令	年	月	日	(歳)	
住所 Address	〒 -						
自宅電話番号 Telephone No.	- -						
携帯電話 Mobile phone No.	- -						
緊急連絡先 Emergency contact	- -					(家族 ・ 勤務先) Family ・ Office	
オンライン資格確認 (マイナ保険証による保険確認)	同意する	同意しない	いずれかに○をつけてください				
マイナ保険証による診療情報取得	同意する	同意しない	いずれかに○をつけてください				
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。 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)							
より良い患者サービスを図るため、下記アンケートにご協力をお願いいたします。該当する項目に☑をしてください。							
※当院をどのようなきっかけで知りましたか。							
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 他のWEBサイト <input type="checkbox"/> 家族・知人等からの紹介 <input type="checkbox"/> 雑誌・本等 <input type="checkbox"/> 多摩モノレールの広告							
病院使用欄 Hospital use only	受診科	整形	外科	内科	リハ	骨粗	
	紹介状	有		無			
	特定療養費説明	済		未			
	CD-R	有		無			
	受診歴	有		無			
	予約時間	:		Dr.			
	ダミーID						
	保険診療外	交通事故		労災			
保険証返却サイン Insurance card returned							