

# 診療申込書

◇太枠の中をご記入下さい。

患者様番号		申込年月日	年 月 日 ( )		
フリガナ			男	生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 生 平成 ( 歳)
氏名					
住所	〒 -				
電話番号			携帯電話		
※当院よりご自宅への電話は			①かけてよい(病院名を出してよい・出してほしくない) ②かけてほしくない		
※緊急連絡先(本人以外)			氏名:	続柄:	
			TEL	- -	

◇下記にあてはまる項目に○印をご記入下さい。

① これまでに当院を受診したことがありますか	はい ・ いいえ
② 本日は他医療機関からの紹介状をお持ちでしょうか	はい ・ いいえ
③ ①、②共に「いいえ」の方は、どのようにして当院をお知りになりましたか	①知人から ②インターネット ③その他 ( )
④ 保険証の確認の為、保険証の写し(コピー)をとらせていただくことに同意していただけますか	同意する ・ 同意しない
⑤ マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか	同意する ・ 同意しない
⑥ 自立支援医療のご利用はありますか	<u>はい</u> ・ いいえ ↳ 受給者証のご提示をお願いします

◇本日はどうなさいましたか？(あてはまる項目すべてを○で囲んでください)

・眠れない	・気分が沈む	・イライラ
・不安、心配	・死にたい気分	・物忘れがある
・奇妙な言動がある	・考えがまとまらない	・アルコール多飲
・介護認定申請のため	・学校、仕事に行けない	・暴力、暴言
・その他(具体的に)	・各種診断書作成のため	・ <u>女性の方へ</u> 妊娠していますか(はい・いいえ)

付添人	フリガナ		続柄	患者様の ( )
	氏名			
	住所		※当院よりご自宅への電話は ①かけてよい (病院名を出してよい・出してほしくない) ②かけてほしくない	
	電話番号			
携帯番号				

◇ご記入後は、外来受付へご提出ください。

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、マイナ保険証を利用にご協力をお願いいたします。  
◆医療情報取得加算(初診時) 加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

病院 記 入 欄	頭書登録	チェック

R6.10月改正