

初診申込書

申込日 年 月 日

ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 —			
電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)			
緊急 連絡先	ふりがな 氏名	続柄 ()	電話 番号	- -

1. 当院の受診歴はありますか ☐ なし ☐ あり ➡ 診察券番号 _____
2. 本日の受診にあたり、他の医療機関からの紹介状または健診結果（要精査・要医療）はお持ちですか ☐ あり ☐ なし
- ※ お持ちでない場合は、医療費とは別に選定療養費として医科 7,700 円・歯科 5,500 円をご負担いただきます。詳細は、掲示をご確認ください。 ☐ 確認した
3. 受診される診療科に ☒ をつけてください（受診科が分からない方は、患者相談窓口でご相談ください）
- ※ 記載のない診療科（整形外科、神経精神科）は完全予約制です
- ※ 同時にお申し込みできるのは 2 診療科までです

- ☐ 総合内科 ☐ 循環器内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 消化器内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 糖尿病内分泌内科
☐ 免疫内科(火木金) ☐ 脳神経内科 ☐ 脳神経外科 ☐ 消化器外科 ☐ 呼吸器外科(水金)
☐ 皮膚科 ☐ 形成外科(火 休診) ☐ 泌尿器科(水 休診) ☐ 婦人科
☐ 乳腺内分泌外科 ☐ 産科 ☐ 小児科 ☐ 眼科 ☐ 歯科口腔外科
☐ 耳鼻いんこう科(紹介状をお持ちの方のみ) ☐ 心臓血管外科(火木金)

4. マイナンバーカードの保険証利用（マイナ保険証）について
- 1) マイナ保険証の利用手続きは済んでいますか
- ☐ いいえ ☐ はい → オンライン保険証確認機で保険確認をお願いします ☐ 確認した
- 2) 1) で「はい」の方のみ
- オンライン保険証確認機で当院が情報を確認することに同意しましたか ☐ はい ☐ いいえ

5. 来院前に問診はされましたか
- ☐ はい → 回答後に保存した QR コードを受付でご提示ください
- ☐ いいえ
- ☐ スマートフォンで回答可能
- QR コード（右）を読み取り回答、回答後に表示される QR コードを受付でご提示ください
- ☐ 回答できない → 受付後に問診センターにご案内します

問診用 QR コード



当院はオンライン資格確認による診療情報を取得・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)》