

診療申込書

受付 年 月 日

診療をうけたい科を○で囲んで下さい。

歯 矯 小 歯 内 耳 眼 放 健
正 児 科 科 科 科 科 科 科 科
歯 歯 科 科 科 科 科 科 科 科
科 科 科 科 科 科 科 科 断

加行 _____
CX. _____

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しますか？ はい ・ いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・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。ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

受診者	(ふりがな)				男
					女
生年月日	昭・平・令	年	月	日生 (歳)	
被保険者 との続柄					
住所	〒	—		都道府県	市郡
		区町	村		
電話	自宅	—	—	携帯	

以前、当院で治療を受けたことがありますか？

歯科 ある・ない 医科 ある・ない

“ある”と お答えの方は、いつ頃治療を受けましたか？

歯科に 平・令 年頃受診した。

内科等、医科に 平・令 年頃受診した。

☆ 交通事故、仕事中のけが等で受診される場合は、お申し出下さい。