

診 察 申 込 書

※マイナンバーカードで受付された方は、太枠内のみご記入ください。

申込日 年 月 日

I D	※スタッフにて記入		
診察時間帯	午前 ・ 午後 ・ 夜診		
受診者氏名	フリガナ	性別	□男 □女
生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和		
	年 月 日 (歳)		
住所	フリガナ		
	〒		
電話番号	本人	() -	
	保護者	() -	※18才以下記入必須
受診科目	□ 整形外科 □ リハビリ科 □ 内科 □ 循環器内科 □ 健康診断		
□ 当院の公開講座に参加して、ご来院された方はチェックをお願いいたします。			

個人情報の利用目的について

ご提供頂く個人情報の管理について、個人情報の保護に関する法律に従い、はあとふるグループの利用目的の範囲内で適切な取り扱いと保護に努めます。

裏面の「個人情報利用目的について」をお読みになり、□に✓印をつけてください。また同意いただいた後からでも、いつでも撤回・変更することができます。

□ 同意します □ 同意しません

【ご案内】マイナンバーカードの利用について

当院は、マイナ保険証の利用により、正確な診療情報を取得・活用することで、質の高い医療の提供に努めています。

マイナ保険証の利用に、ご協力をお願いいたします。

◆医療・システム基盤整備体勢充実加算（初診時）

加算1 4点 (通常の保険証を利用した場合)
加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)