

# 外来診療申込書 (新規・変更)

総合クリニック ドクターランド松戸

当院の受診が初めての方又は個人情報に変更があった方は記入頂いた上、受付にお並びください。

フリガナ		男	生年月日
名前		・	明・大・昭・平・令
		女	年 月 日 歳
住所	〒 - 都道 - 県府		
電話番号	- -	携帯番号	- -

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)

- ①マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ
- ②他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ
- ③現在、他の医療機関に通院していますか？ はい 【医療機関名： /治療内容： 】 ・ いいえ
- ④この1年間で特定健診・高齢者健診を受診しましたか はい 【受診時期： /指摘事項： 】 ・ いいえ

※保険証をお忘れの方は10割負担となります。なお、ご負担分の清算に関しては、「会計」窓口にてお尋ね下さい。

## 【職員記入欄】

診察券番号：

予約	あり ・ なし
紹介状・画像	あり ・ なし

<input type="checkbox"/> 保険証忘れ	<input type="checkbox"/> 生活保護
<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災
<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 予防接種
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察室	01	02	03	05	15
診療科	整形外科	皮膚科	内科	内科	眼科

症状:

---