ID：　　（院内・外出　　）

診療申込書

予約　（　　：　　）・区分　保険忘れ / 労災 / 自賠

《変更》　保険　/　苗字　/　住所　/　電話

＊太枠の中のご記入をお願い致します。

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日（　歳）
住所	〒　　ー		TEL	
			携帯	

アレルギー　有（　　）・無

女性の方へ
●妊娠中ですか　□ はい　□ いいえ　□可能性あり　●授乳中ですか　□ はい　□ いいえ

＊初めての来院の方は本日、何を動機に来院されましたか。関係するもの全てに〇をつけて下さい。
1）紹介（□知人　□医療機関）　2）通りがかり　3）インターネット　4）新聞折込チラシ
5)ぱど　6）看板（□駅　□その他）　7）手配り広告　8）その他（　　）

↓　ここからはマイナンバー保険証による質問事項です。必ずご回答ください。　↓

〇マイナ保険証による診療情報の取得に同意する。	□はい	□いいえ
〇他の医療機関からの紹介状を持っている。	□はい	□いいえ
〇現在、他の医療機関に通院している。 ※通院されている方 医療機関名　　受診日　　治療内容	□はい	□いいえ
〇この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診した。	□はい	□いいえ

ドクターランド幕張は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。
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致します。
※（マイナ保険証を利用した場合）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

職員記入欄

内 / 整 / 皮 / 耳 / 眼 / 小 / 乳 / 脳（　主訴　：　　）

内 / 整 / 皮 / 耳 / 眼 / 小 / 乳 / 脳（　主訴　：　　）

内 / 整 / 皮 / 耳 / 眼 / 小 / 乳 / 脳（　主訴　：　　）

備考：