

診察申込書

ID番号()

■健康保険証・受給者証など一緒に受付に提出してください

■以下の太枠内をご記入ください

受診日	年 月 日	当院の受診歴	あり ・ なし ・ 不明
フリガナ			性別
氏名	(旧姓:)		男 ・ 女
Name	■旧姓での受診歴がある方は()内にご記入ください		Man Woman
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ()歳 西 暦		
Birth date			
自宅住所	〒 —		
Address	■アパート・マンション名、お部屋番号までご記入ください		
電話番号	携帯電話 — —		
Phone	固定電話 ()		
	■ご本人以外の家族への伝言などをしないで欲しい場合は受診科にご説明ください		
緊急連絡先	電話 — —		
	氏名		続柄
該当するものがあれば○をつけてください	・交通事故 ・労働災害(工作中・通勤中のけが)		
	紹介状をお持ちですか? はい ・ いいえ		
	レントゲン(CD)をお持ちですか? はい ・ いいえ		
受診を希望される科に○をつけてください	内科 ・ 消化器内科 ・ 循環器内科 ・ 外科		
	緩和医療、ペインクリニック ・ 整形外科 ・ 産婦人科 ・ 眼科		
	皮膚科 ・ 小児科 ・ 放射線科 ・ 検診、人間ドック ・ S ・		

登録者() チェック者()

*健康保険証の提示がない場合は、自費計算となります

阪南中央病院 2022.

初診時間診票

年 月 日

ふりがな
氏名： _____

ID(- -)

※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、マイナ保険証の活用にご協力をお願いします。

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか (はい・いいえ)
2. 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・いいえ)

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診料）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）