診 療 申 込 書
medical application form

患者番号:　　申込日:

フリガナ		姓が変わった方（旧姓）	性別（Sex）
氏 名 Name			男 Male 女 Female
生年月日 Date of birth	大正 T　昭和 S 平成 H　令和 R　　年　月　日		紹介状 letter of introduction あり ・ なし
現 住 所 Address	〒　－		
電 話 Tell	自 宅 ：（　） one's home	携帯電話 ： mobile phone	
緊急連絡先 Eemergency contact	フリガナ 氏名	続柄	電話番号 phone （　）
勤務先 Emergency contact	勤務先名 workplace name		電話番号 phone （　）
希望の診療科 Services	泌尿器科　婦人科　内科　循環器内科　腎臓内科　呼吸器内科　耳鼻咽喉科 消化器科　整形外科　皮膚科　乳腺外科　区民健診　感冒外来　その他（　）		

◇交通事故（Traffic accident）の場合は、当てはまる項目に〇をつけてください

ご本人様 Yourself	車 ・ バイク ・ 歩行者 ・ その他 Car　Motorbike　Walker(pedestrian)　Others	相 手 Partner	車 ・ バイク ・ 歩行者 ・ その他 Car　Motorbike　Walker(pedestrian)　Others

◇おケガ(Injury) の場合は、当てはまる項目に〇をつけてください

交通事故 ・ 仕事中 ・ 通勤途中 ・ その他（
Traffic accident　while working　On the way to work　Others

◇マイナ保険証の利用について

（同意します）

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】
・マイナ保険証利用なし…加算1（6点）
・マイナ保険証を利用または、診療情報提供書持参した場合…加算2（2点）

【再診時】
・マイナ保険証利用なし…加算3（2点）
・マイナ保険証を利用または、診療情報提供書持参した場合…加算3の算定なし

◇当院の受診が初めての方は来院理由に☑をつけてください

☐ SNSで見たから(Facebook ・ Instagram ・ Twitter ・ LINE)
☐ 当院掲載の雑誌を見たから(雑誌名:　)
☐ 動画配信を見たから(動画名:　)
☐ ホームページを見たから(検索ワード:　)
☐ 公開講座に参加して
☐ 他院や施設からの紹介
☐ 自宅や職場から近いから
☐ 家族や知人からの紹介

◇他の病院や施設（老健等）にご入院中・ご入居中の方は、下記にもご記入をお願いいたします

施設名		電 話	（　）

◇生活保護を受給中の方は、下記にもご記入をお願いいたします

福祉事務所 担当者	福祉事務所 様	電 話	（　）

◇個人情報保護目的

当院では個人情報の利用目的について院内掲示を行っています。当院の定める利用目的以外には用いることはありません。

受付	登録	電カル	確認①	確認②

医療法人財団明理会　明理会東京大和病院