★★★受診申込票★★★

令和　　年　　月　　日

※本日受診される方のお名前をご記入して下さい

フリガナ		男	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
氏　名	様	女		年　　月　　日
住　所	〒			
電話番号	（　　）　　―			

① マイナンバーカード保険証による診療情報取得について　☐ 同意する　☐ 同意しない

② 他の医療機関からの紹介状　☐ 有　☐ 無

③ 当院受診歴　☐ 有（　　年頃）☐ 無

④ 他の医療機関に通院　☐ 有　医療機関名（　　）
☐ 無

⑤ 過去3か月以内の入院歴　☐ 有　医療機関名・介護施設名（　　）
☐ 無

※3か月以内に他院へ入院された方は「退院証明書」をご提示ください。

⑥ 医療機関・介護施設へ入院・入所中　☐ 有　医療機関名・介護施設名（　　）
☐ 無

⑦ この1年間で特定健診又は高齢者健診を受診　☐ 有　受診時期（　　）
☐ 無

⑧ 薬や食品などのアレルギー　☐ 有　薬剤名又は食品名（　　）
☐ 無

⑨ 受診のきっかけ　☐1.他の病院の紹介　☐2.他のクリニックの紹介　☐3.役所の紹介
☐4.地域事業所等　☐5.家族の勧め　☐6.広告・雑誌
☐7.インターネット　☐ 8.その他（　　）

当院では診療情報を取得することにより、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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆ 医療情報取得加算（初診時）1点

◆ 医療情報取得加算（再診時）1点　※3か月に1回

社会医療法人 共栄会
札幌トロイカ病院