

# 診療申込書

REGISTRATION FORM

作成者	確認者	オンライン

ID:

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

※紹介状をお持ちでない方は特定療養費として7,700円(税込)別途かかります。

※ 太枠内のみご記入ください

フリガナ			
氏名 Full Name			男 M 女 F
生年月日 Date of birth	大 昭 平 令	年 月 日 ( 歳)	Age
住所 Address	〒 -		
自宅電話番号 Telephone No.	- -		
携帯電話 Mobile phone No.	- -		
緊急連絡先 Emergency contact	- - (家族・勤務先) Family・Office		
オンライン資格確認 (マイナ保険証による保険確認)	同意する	同意しない	いずれかに○をつけてください
マイナ保険証による診療情報取得	同意する	同意しない	いずれかに○をつけてください
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。			

より良い患者サービスを図るため、下記アンケートにご協力をお願いいたします。該当する項目に☑をしてください。

※当院をどのようなきっかけで知りましたか。

- 他院からの紹介 当院ホームページ 他のWEBサイト 家族・知人等からの紹介  
雑誌・本等 多摩モノレールの広告 当院SNS(Instagram)

病院使用欄 Hospital use only	受診科	整形	外科	内科	リハ	骨粗	
	紹介状	有				無	
	特定療養費説明	済				未	
	CD-R	有	×	枚	無		
	受診歴	有				無	
	予約時間	:			Dr.		
	ダミーID						
	保険診療外	交通事故			労災		

保険証返却サイン  
Insurance card returned

私は、保険証を返却されました。

ご署名: \_\_\_\_\_