

初診時間診票

		記入日	年 月 日
診察券番号		氏 名	
受付番号			
生年月日	年 月 日		(才)

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

同意する ・ 同意しない ・ マイナ保険証を持っていない

2. 本日、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

持っている ・ 持っていない

※ 紹介状等、他の医療機関から受け取っている場合受付にご提出ください。

3. 現在、処方されている薬はありますか？

※ マイナ保険証による情報取得に同意の方は直近1カ月以内の処方薬以外は記載不要
ある (別紙問診票に記入ください) ・ ない

4. この1年間で特定健診を受けましたか？

受けた ・ 受けていない

※ マイナ保険証による情報取得に同意の方は記載不要

受診時期 年 月

指摘事項

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。