

診察申込書

年 月 日

フリガナ	旧姓(変更した場合のみ)	性別
氏名		1 男 2 女
生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日 (歳)	
住所	病院からの郵便物の郵送先として登録します。 マンション名等がある場合は、名前まで記入してください。 〒 _____	
必要時にクリニックから連絡して良い電話番号をご記入ください。 第1電話番号 (携帯・自宅・その他) 第2電話番号 (携帯・自宅・その他)		
緊急連絡先(ご本人に連絡が取れない時に用います) 名前 住所 電話番号		
自費負担についてのご同意 当クリニックでは、選定療養費の予約診療という制度に基づく予約料をいただいております。保険診療の診療代に加え、予約料を実費でご負担いただくこととなります。 わからない点などはお聞きになった上、以下 1・2 のいずれかに○を付けてください。 1 制度の利用に納得したので、自費部分の負担に同意して診療を申し込む。 (予約料を負担した上での完全予約制での診療を希望する) 2 保険診療以外の自己負担は希望しないので、診療は保険範囲内のみを希望する。 (当日予約枠のみを利用する、もしくは当院での診療継続を希望しない)		
マイナ保険証による情報取得に同意しましたか (はい ・ いいえ)		

当クリニックは診療情報を取得・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します。