

柏戸病院診療申込書

(兼 登録変更届)

記入日

令和

年

月

日

- 診療申込書は診療録（カルテ）作成、診療管理、患者様への連絡時等を目的として使用させていただきます。
- 当院においての個人情報の利用目的については、院内に掲示し、それ以外では利用しません。
- 当院ではオンライン資格確認を行う体制を有しており、マイナ保険証等にて取得した保険情報を活用し、資格確認の照会等を行っております。また、必要に応じて資格確認書等のコピーをいただく場合がございますので、ご了承の上、ご理解ご協力をお願いいたします。

申込内容に○してください

☐ 診察	マイナンバーカードはお持ちですか	あり	・	なし
	紹介状はお持ちですか	あり	・	なし
☐ 健康診断				
☐ 登録内容変更（氏名・住所・連絡先・その他）				

受診される方の情報を記入してください

フリガナ		性別	生年月日	
氏名	※略字ではなく戸籍登録されている氏名を正確に記載して下さい	男	大・昭・平・令	
		女	年	月 日 歳
現住所	〒 - 都道 市町 府県 村区			
	自宅 ()		携帯 ()	
住民票住所	☐ 住民票住所は現住所と同様 ※住民票と現住所が異なる場合は記載してください 〒 - 都道 市町 府県 村区			

ご本人へ連絡がつかない場合の緊急連絡先を記入してください

連絡先	氏名	続柄	()
又は勤務先			()

患者番号 _____

保険情報確認	登録者	確認者
☐ マイナンバーカード ☐ 保険証 ☐ 資格確認書	印	印
☐ 資格情報のお知らせ ☐ その他 ()		