

診療申込書

太枠内をご記入ください

記入日: 20 年 月 日

フリガナ			男女
お名前			
生年月日	[大正・昭和・平成・令和] 年 月 日		
年齢	歳	未婚	既婚
連絡先① (携帯)	◆予約日時のお知らせを予約2日前に自動的にSMS送信しております◆ — —		
連絡先② (自宅)	() —		
ご住所	〒 —		

来院希望曜日: 月 火 水 金 土 ・ 特に希望はない

来院希望時間: AM・PM 時まで・AM・PM 時以降・特に希望はない

交代勤務: 有 ・ 無

その他:

当医院の歯nalabo講座(Zoom)に参加したことがありますか: 有 ・ 無

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか?

はい いいえ

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1.4点 加算2.2点(マイナ保険証を利用した場合)



1.紹介(名前:) 2.近所 3.ホームページ 4.Google検索 5.その他 6.不詳

初診登録日: _____ No. _____