

診療申込書

※太枠内の記入をお願い致します。

申込日	(西暦) 年 月 日
ふりがな	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日
住所	(〒 -)
電話番号	
携帯番号	
当院からのTEL	可 ・ 否
紹介状	有 ・ 無
有の方のみ	紹介元：
マイナンバーカード	有 ・ 無
限度額適用認定証同意	可 ・ 否
診療情報の取得	可 ・ 否

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1 初診時（マイナンバーカード利用しない：6点）（マイナンバーカード利用する：2点）

■病院記入欄

ID： _____

初診 ・ 再初診

受付

精神科・神経科 浜北病院

TEL：053-586-4558