

電子カルテ取込み

令和 年 月 日

# 診察申込書

カルテID

※太枠のみご記入下さい

受診者 氏名	(フリガナ)	性別	
		男・女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月 日 ( 歳)
現住所	〒 - 建物名・部屋番号もご記入下さい。		
自宅電話	— —		
携帯電話	— —		
緊急連絡先①	氏名	続柄	自宅( ) 携帯( )
緊急連絡先②	氏名	続柄	自宅( ) 携帯( )
受診科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 循環器内科		

- ◆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。

医療情報取得加算1 3点 (マイナ保険証を利用しない場合)

医療情報取得加算2 1点 (マイナ保険証を利用した場合/他院から診療情報提供あり(月1回))

保険種類	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自費
------	---

<input type="checkbox"/> 時間内 <input type="checkbox"/> 時間外 <input type="checkbox"/> 救急搬送	来院時間	:	救急隊	( )
---	------	---	-----	-----

情報元 本人 家族 付添 救急隊 その他( )

備考欄
-----

登録者確認印	印
--------	---

社会医療法人 山紀会 山本第三病院