

入院病棟  2病棟  3病棟 入院形態  任意  医療保護

担当医師  有吉Dr  稲葉Dr  猪股Dr  鍋山Dr

令和 年 月 日

【ご本人】

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
現住所	〒		
電話番号	□ ( )	□ ( )	
職業		世帯主との 続柄	
紹介状	有・無 紹介先：	自立支援法 受給	している ・ していない
障害者 等手帳	精神 ・ 身体 ・ 療育 ・ 無	年金受給	老齢 ・ 障害 ・ 遺族 ・ 無

【緊急時連絡先①】※緊急時に最初にご連絡する方をご記入ください

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	〒		
続柄		職業	
電話番号	( )		

【緊急時連絡先②】※①の方にご連絡がつかない場合②の方にご連絡いたします

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	〒		
続柄		職業	
電話番号	( )		

【緊急時連絡先③】※①②の方にご連絡がつかない場合③の方にご連絡いたします

氏名	男・女	電話番号	( )
続柄		職業	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか	はい ・ いいえ
◇特定健診等について ※マイナ保険証による診療情報取得に同意した方は不要です	
この1年間、特定健診または高齢者検診を受診しましたか	はい ・ いいえ
受診時期	年 月 頃
指摘事項	

※当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。

※マイナ保険証により正確な情報を取得・利用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的な利用をお願いいたします。