

患者番号	
フリガナ	
患者氏名	
生年月日	大・昭 平・令 年 月 日

オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）による診療情報取得に同意しましたか。

はい いいえ オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）を利用していない

* 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、オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）の利用にご協力をお願いします。

○ 現在の症状や受診の目的を教えてください。

（いつ頃から、どんな症状ですか？）

～ご協力ありがとうございました。
恐れ入りますが診察時間まで今しばらくお待ちください。～