

QRコード

ID

様

記入日

フリガナ		性別	年齢
氏名	様		歳

- ・ 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)
- ・ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？
(はい ・ いいえ)
- ・ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？
(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。