



# 問 診 票

## (はじめて来院された方へ)

以下は診療に必要な事柄ですので、記載にご協力ください。

なお、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為にのみ使用いたします。

ふりがな：

お名前：

生年月日：

ご住所：〒

電話番号：

マイナ保険証による診療情報取得について同意されますか？

同意する ・ 同意しない

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、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1 3点、加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

医療法人社団 **すずき医院**