

初診受付兼同意書（保険証等コピーに係る）

来院日：令和 年 月 日

本人	フリガナ				性別
	本人氏名				男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日（ 歳）
	フリガナ				
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
家族	フリガナ	※配偶者、父母、子、兄弟姉妹など頼りにしている方			
	家族氏名	（ 続柄 ）			
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日（ 歳）
	フリガナ				
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
付き添い	付き添い者氏名	（ 続柄 ）		携帯番号	
<p>* 他の医療機関からの紹介状はお持ちでしょうか？ はい ・ いいえ</p> <p>* ご自宅に連絡する場合、松原病院の病院名を出しても良いですか？ はい ・ いいえ</p> <p>* マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい ・ いいえ</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>オンライン資格確認は患者さんの保険情報の確認だけでなく、質の高い医療に貢献する情報を得ることができ、安心した医療を患者さんに提供することができるようになります。正当な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。</p> <p>◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点（マイナ保険証を利用しない場合） 加算2 2点（マイナ保険証を利用する場合）</p> </div>					

保険証等のコピーについての同意書

当院においては、患者さんの保険証等のコピーは下記目的以外に使用しない取り扱いをいたしますので、ご同意をお願い申し上げます。

記

1. コンピューター入力誤りの防止
1. 受付事務の迅速化

上記の目的について、保険証等のコピーを行うことに対して同意いたします。

令和 年 月 日

同意者サイン

公益財団法人 松原病院 御中