

受診申込書

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
			年齢	年	月	日	
住所	〒						
電話番号	自宅：		携帯：				
今日は頭痛ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
当院はマイナ保険証が利用できる初診時医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

ありがとうございました。南沢又あんざいクリニック