

## 受診者登録票

コンピューターに登録させていただきますので、ご記入をお願いいたします。  
当院の診療以外には使用いたしません。

1. 本日、診察を受けられる方のお名前

(2名以上診察を受けられる方は、空いている箇所にご記入ください。)

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) ( 男 ・ 女 )

2. 普段かかられている小児科がございましたらご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

3. 本日、診察を受けられる方以外に、ご兄弟、ご姉妹がいらっしゃる場合

全員のお名前をご記入ください。

(コンピューターの二重登録防止のために伺っています。恐れ入りますが、  
漏れのないようにご記入をお願いいたします。)

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_

4. ご自宅

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

5. 電話番号 (2ヶ所以上)

携帯 \_\_\_\_\_ (父・母・祖父・祖母・( \_\_\_\_\_ ))

携帯 \_\_\_\_\_ (父・母・祖父・祖母・( \_\_\_\_\_ ))

ご自宅 \_\_\_\_\_ (父・母・祖父・祖母・( \_\_\_\_\_ ))

ご実家 \_\_\_\_\_ (父・母・祖父・祖母・( \_\_\_\_\_ ))

6. 帰省中または旅行中の方は、滞在先等についてご記入をお願いいたします。

ご住所 \_\_\_\_\_

滞在期間 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日予定

※当院は、オンライン資格確認システムを導入しており、診療情報を取得・活用することに努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。