

診察申込書

登録番号(ID)

□□□□	-	□□□□	-	□□□□	-	□□
------	---	------	---	------	---	----

REGISTRATION FORM

申込年月日 Date	令和 Year	年 Year	月 Month	日 Day	性別 Sex	(M) 男	(F) 女					
ふりがな					生年月日 Date of Birth	(T) (S) 大・昭 (H) (R) 平・令	年 Year	月 Month	日 Day			
氏名 Name					生年月日 Date of Birth	(T) (S) 大・昭 (H) (R) 平・令	年 Year	月 Month	日 Day			
ふりがな												
現住所 Address	郵便番号 Post Code	□□□□	-	□□□□	都・道 府・県	郡・市 区	町・村 区					
	電話番号(自宅) Phone number (Home)	()	-	()								
	携帯電話番号 Mobile phone number	()	-	()								
緊急連絡先① Emergency Phone Number	ふりがな 氏名 Name				(続柄) Relationship							
	母国語/母国語以外に対応可能な言語 Native language / Other languages spoken				電話番号 Phone number	()	-	()				
緊急連絡先② Emergency Phone Number	ふりがな 氏名 Name				(続柄) Relationship							
	母国語/母国語以外に対応可能な言語 Native language / Other languages spoken				電話番号 Phone number	()	-	()				
紹介状 Referral Letter	有 Yes	無 No										
	有の場合：紹介元の病院名 Name of the referring hospital ()			・労働災害での受診ですか。(はい YES・ いいえ NO) Were you injured at work?								
				・交通事故での受診ですか。(はい YES・ いいえ NO) Were you injured in a traffic accident?								
受診科 Clinical Division to be examined	()	・他病院入院中(本日退院も含む)ですか。 Are you hospitalized in other hospital (including discharged today) right now? (はい YES・ いいえ NO)										
マイナ保険証によるオンライン資格確認について Online eligibility verification using the MYNA insurance card	1) マイナ保険証で診療・服薬・健診情報の取得に同意しましたか。 Have you agreed to share information on medical treatment, medication, and medical checkups with your MYNA insurance card? (はい YES ・ いいえ NO)				2) 上記質問で「いいえ」と回答された方は、以下もお答えください。 直近1年間で健診(特定健診又は高齢者健診に限る)をしていますか。 If you answered "No" to the above question, please also answer the following. Have you had a medical checkup (limited to specified medical checkups or medical checkups for the elderly) in the past year? (はい YES ・ いいえ NO)				以下について、日本国籍以外の方はご記入ください。 Please fill in the following information if you are not a Japanese citizen.			
	【マイナ保険証以外の方へ】 To whom have Health insurance card other than MYNA insurance card				宗教上の理由により特別に配慮が必要な事項 Special requirements for religious reasons ()							
	高額療養費制度(限度額)のオンライン資格確認に同意しますか。 Will you agree to online eligibility verification of High-Cost Medical Expense Benefit (Eligibility Certificate for Ceiling-Amount Application)? (はい YES ・ いいえ NO)											
◎初診時に紹介状をお持ちでない方は、初診時加算として下記の料金が自己負担となります。 医科-13, 200円 歯科- 5, 500円 When not having a letter of introduction at the first visit, the following charge will be self-paying as additional. 13,200 yen for the Medical Department 5,500 yen for the Dental Department												

※赤枠のみご記入ください。

Please fill inside the red frame.

※保険証及び紹介状(有りの場合)は必ずご提出ください。

Please show your MYNA insurance card (Health insurance card) and Referral Letter your doctor.

岡山大学病院

改正 2024.12.1

マイナ保険証によるオンライン資格確認 について

2024年12月から健康保険証の新規発行が廃止となり、マイナンバーカードと保険証の一本化がより進むこととなりました。当院では2024年12月より「医療情報取得加算」を以下の通り算定させていただきます。

(改定後) 令和6年12月～

初診料	1点
再診料(3ヶ月毎に1回)	1点

(1点あたり10円)

(施設基準)

- ・オンライン資格確認を行う体制を有しています。
- ・薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して診療を行います。

※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、**来院時**にマイナ保険によるオンライン資格確認等の利用にご理解ご協力をお願いします。

