１．マイナ保険証による資格確認や薬剤情報等の提供に同意されますか？

□はい　□いいえ

２．他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

□はい　□いいえ

３．現在、他の医療機関に通院していますか？

□はい　□いいえ

はいとお答えの方は、下記項目についてお教えください。

医療機関名：　　治療内容：

４．この1年間で健診(特定健診および高齢者健診)を受診しましたか？

（マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載の必要はありません）

□はい　□いいえ

はいとお答えの方は、下記項目についてお教えください。

受診時期：　　指摘事項：

※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おります。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

マイナ保険証利用：　初診　２点　再診　０点

健康保険証利用：　　初診　６点　再診　２点