

## 医療情報取得加算について

当院はマイナンバーカードによる保険証の確認、およびオンライン資格確認を行う体制を有しています。また、受診した際、薬剤情報や特定健診情報その他必要な情報の取得に同意いただいた方に対し、その情報を活用し、質の高い医療の提供に努めています。

### 医療情報取得加算

◎初診時 1 点

◎再診時 1 点（3 ヶ月に 1 回）

※マイナンバーカードによる保険証確認の有無を問わず



とっても  
簡単!

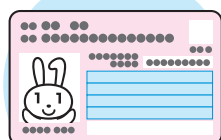
# マイナンバーカード

1

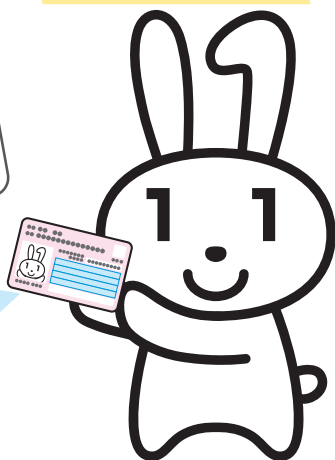


## 受付

マイナンバーカードを  
カードリーダーに  
置いてください。



マイナンバーカード



2

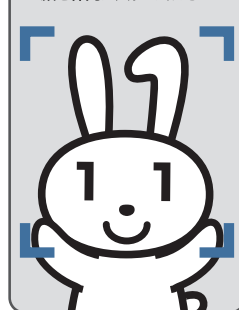


## 本人確認

顔認証または  
4桁の暗証番号を入力してください。

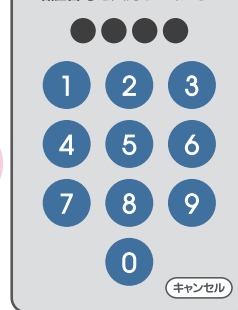
顔認証

顔を枠に入れてください



暗証番号

暗証番号を入力してください



or

3



## 同意の確認

診察室等での診療・服薬・健診情報の  
利用について確認してください。

過去の情報を  
利用いたします

過去の手術以外の診療・お薬情報を  
当機関に提供することに同意し  
ますか。  
この情報はあなたの診察や健康管  
理のために使用します。

同意しない

同意する

(40歳以上対象)  
過去の情報を  
利用いたします

過去の健康情報を当機関に提供す  
ることに同意しますか。  
この情報はあなたの診察や健康管  
理のために使用します。

同意しない・40歳未満

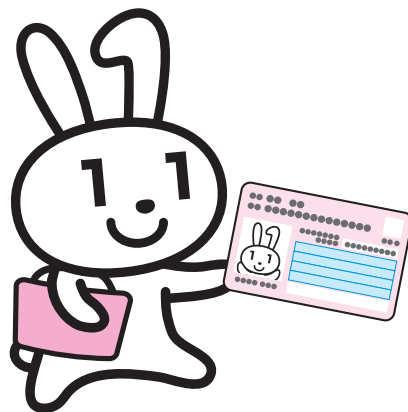
同意する

4



## 受付完了

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。



とっても  
簡単!

# マイナンバーカード

在宅医療版

1



## 同意の確認

診療・服薬・健診情報の  
利用について確認してください。

全ての項目に同意する

同意項目については、以下の項目をご確認ください。

手術情報の提供

☐ 同意する ☐ 同意しない

薬剤情報の提供

☐ 同意する ☐ 同意しない

特定健診等情報の提供

☐ 同意する ☐ 同意しない

限度額情報の提供

☐ 同意する ☐ 同意しない

特定疾病療養受療証情報の提供

☐ 同意する ☐ 同意しない

全ての項目に同意する

▶ 同意内容を確認する

2



## 本人確認

4ケタの暗証番号を入力してください。

暗証番号

暗証番号を入力してください

● ● ● ●

1 2 3

4 5 6

7 8 9

0

キャンセル

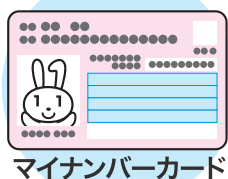


3

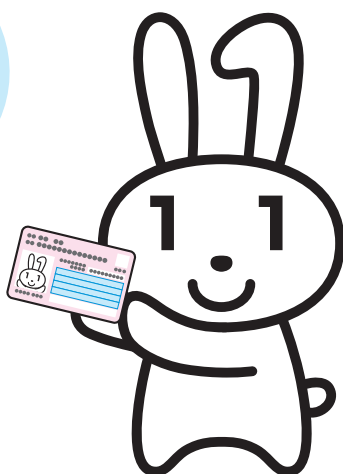


## 資格確認

マイナンバーカードを  
読み取らせてください。



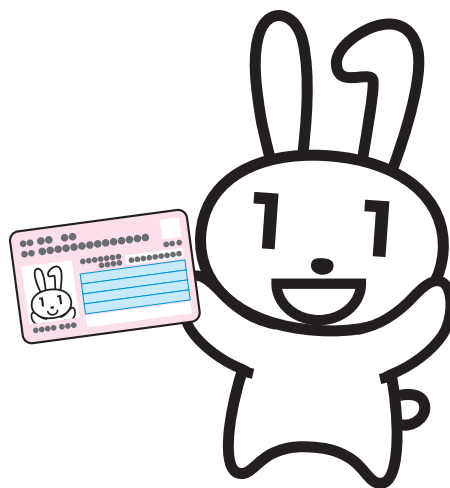
マイナンバーカード



4



## 確認完了



カードをご利用ください

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。