



とっても  
簡単!

# マイナンバーカード

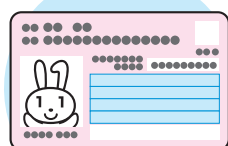
1



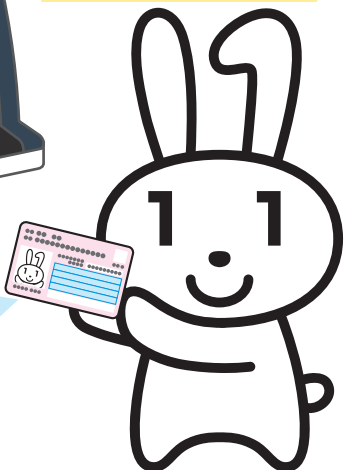
## 受付



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



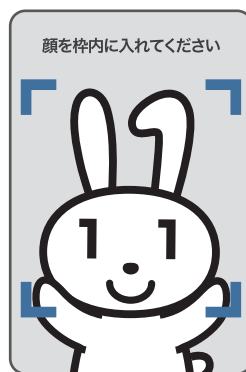
2



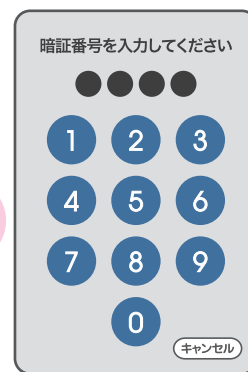
## 本人確認

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



暗証番号



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

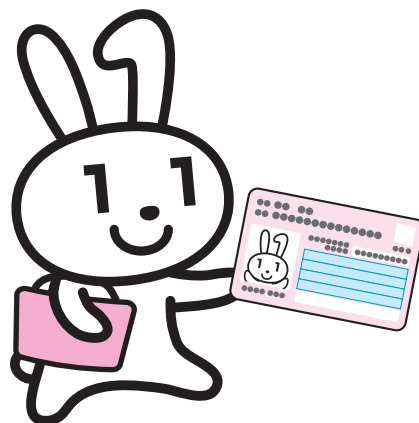
同意する

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!

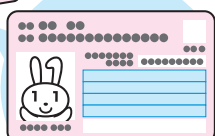
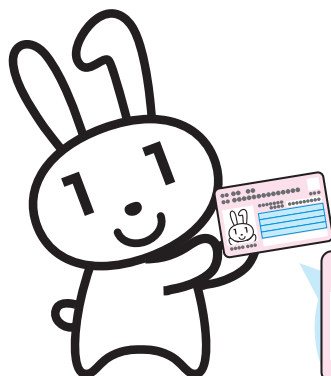
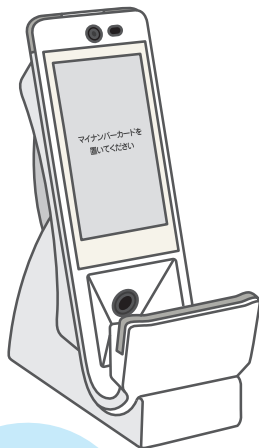
# マイナンバーカード

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



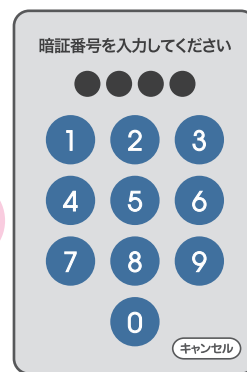
## 本人確認

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



暗証番号



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

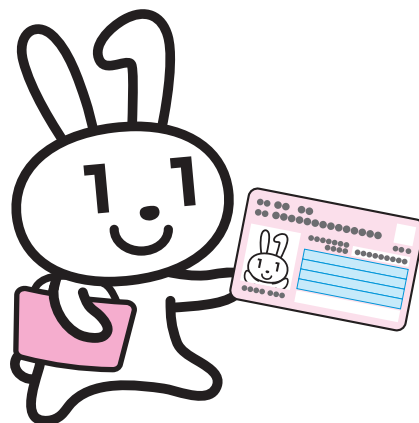
同意する

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!

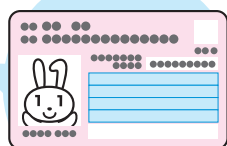
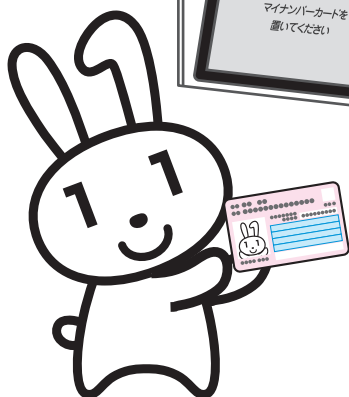
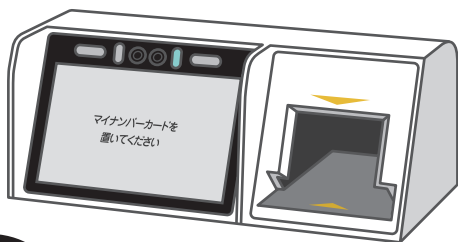
# マイナンバーカード

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



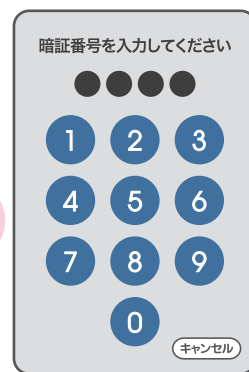
## 本人確認

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



暗証番号



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

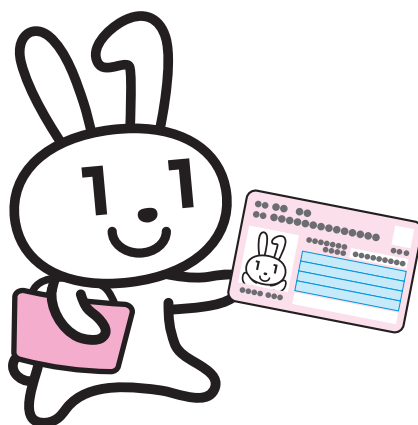
同意する

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。



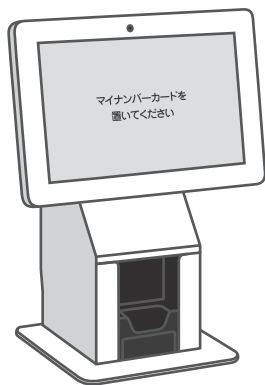
とっても  
簡単!

# マイナンバーカード

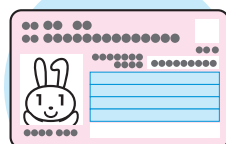
1



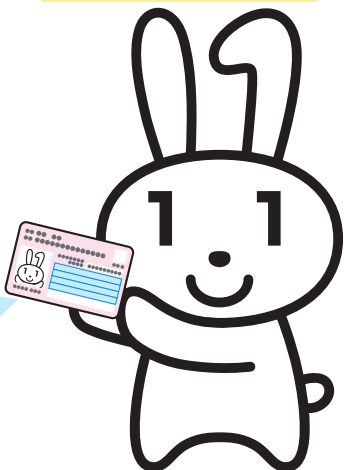
## 受付



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



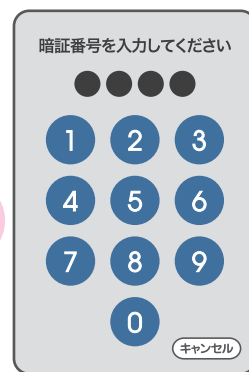
## 本人確認

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



暗証番号



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

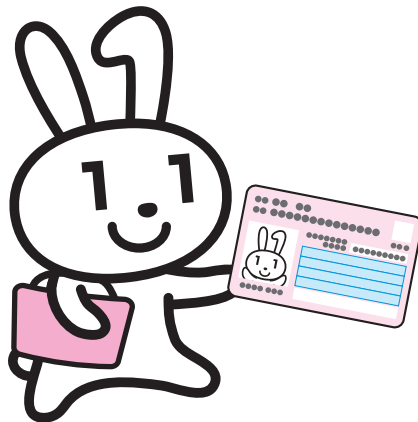
同意する

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。