

様式第1号（第5条関係）

新規患者診察申込書

受付時刻： 時 分 患者番号

--	--	--	--	--	--	--

◎この申込書に保険証を添えて、受付窓口提出してください。

申込日	年 月 日	他の医療機関の紹介状	有・無	・労災 ・交通事故	はい いいえ											
フリガナ							性別									
患者氏名							M・F 男・女									
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)															
現住所	〒□□□-□□□□ 都道府県 市郡 町															
電話番号	() -															
世帯主又は保護者氏名							患者との続柄									
勤務先住所	都道府県 市郡 町															
会社名																
電話番号	() -															
受診を希望する科に○印をしてください。	10 内科	17 精神科	40 小児科	20 外科	30 整形外科	35 形成外科	90 脳神経外科	80 皮膚科	01 泌尿器科	50 産婦人科	70 眼科	60 耳鼻科	55 放射線科	98 リハビリ科	予防接種	健康診断
<p>● 以前に、他の診療科を受診したことがありますか。 (はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合 平成・昭和 年 月 日ごろ 科</p>																

【交通事故で診察を申込みの方は、下の欄への記入もお願いします。】

事故日	年 月 日						
事故の種類	該当するすべてのものを○で囲んでください。 1 自損事故 2 第三者事故 (相手がいる事故) 3 通勤事故 4 業務上の事故 (勤務中の事故)						
フリガナ							現住所 (相手方)
患者氏名 (相手方)							電話番号 () -
自動車保険 (患者側)	自賠責保険会社						任意保険会社
自動車保険 (相手側)	自賠責保険会社						任意保険会社