

# 初診患者受付票

ご記入の上、  
 保険証と一緒に初診受付にご提出下さい。

ID	※わかる方のみご記入ください
----	----------------

受付月日	平成      年      月      日				
フリガナ					
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭・平      年      月      日      (      歳)				
現住所	(〒      -      )  ※アパート等の場合は、アパート名・部屋番号までご記入ください。				
自宅電話番号					
携帯電話番号					
その他連絡先					
勤務先	勤務先名				
	住所	(〒      -      )			
	電話番号				
受診理由	交通事故・勤務中(出勤時・帰宅時も含む) ※該当する場合のみご記入ください。				
明細書の発行	薬剤名称や診療行為名称が記載されます。交付を希望されない場合は○をして下さい。		希望しない		
紹介状がある方	紹介医療機関名(      )				
希      望      診      療      科					
※希望する診療科を ○ で囲んで下さい。					
総合内科	呼吸器内科	血液内科	腎臓内科	循環器内科	消化器内科
肝臓内科	糖尿病・代謝内科	小児科	消化器外科	呼吸器外科	
形成外科	整形外科	脳神経外科	腎臓外科・泌尿器科	血管外科	
骨粗鬆症科	眼科	神経内科			