

患者氏名 :

患者 ID :

診療申込書

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所又は日本での滞在先			
〒			
本国の住所（短期滞在者のみ）			
電話（自宅）		電話（携帯）	
国籍		通訳の希望	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要でない
母国語		職業	
母国語以外に 対応可能な言語		宗教上の理由により 特別に配慮が必要な事項	

緊急連絡先			
氏名		患者との関係	
住所			
電話（自宅）		電話（携帯）	

●日本での滞在状況を教えてください。

居住 短期滞在（ビジネス 旅行）留学生 その他（ ）

●当院をお選びいただいた理由を教えてください。

●当院のご受診は初めてですか。 はい いいえ●紹介状はありますか。 あり なし●予約はしていますか。 あり なし

保険の種類

日本の保険（公的保険 プライベート保険）海外の保険（保険会社名： ）※保険証や関連書類をお持ちの場合はご提示ください。保険に加入していない

希望される診療科

整形外科 心療内科 耳鼻科 皮膚科 内科 外科 歯科 眼科 脳神経外科小児科 産婦人科 呼吸器科 呼吸器外科 循環器科 心臓血管外科 消化器科腎臓内科 泌尿器科 神経内科

※患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。