患者氏名 : 患者ID :

English/英語

Patient Registration Form /診療申込書

Name /氏名					Sex /性別	□Male/男 □Female/女	
Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日		Year/年	/Month/月] /Day/日	Age /年齢	years old/歳	
Address or accommodation in Japan/住所又は日本での滞在先							
Address in home country (for short-term visitors only)/本国の住所(短期滞在者のみ)							
Phone No. (Home) /電話(自宅)		Phone No. (Mol/電話(携帯)					
Nationality /国籍				Interpreter request /通訳の希望		□Yes/必要 □No/必要でない	
Native langua /母国語	ige				upation 職業		
Other languages s /母国語以外 対応可能な言	に			required for r /宗教など	nsiderations eligious reas の理由により が必要な事項)	
Emergency contact details/緊急連絡先							
Name /氏名					Relations /患者との		
Address /住所							
Phone No. (Hor /電話(自宅)	_			Phone No. (/電話(抄	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
●Residential status in Japan/日本での滞在状況を教えて下さい。							
□Resident/居住 □Short-term stay/短期滞在(□Business/ビジネス □Vacation/旅行) □Student/留学生 □Other/その他()							
●Reasons for choosing this hospital/clinic /当院を選んだ理由を教えて下さい。							

患者氏名 : 患者ID :

1	Engl	lish/	/出意	五
	שווט.	11911/	7	

●Is this your first visit to this hospital/clinic? /当院の受診は初めてですか。	□No/いいえ □Yes/はい				
●Do you have a referral letter? /紹介状はありますか。	□No/なし □Yes/あり() Name of referring medical institution /紹介元医療機関()				
●Do you have an appointment? /予約はしていますか。	□No/なし □Yes/あり				
Type of health insurance/保険の種類					
□Japanese health insurance/日本の保険 (□public/公的保険 □private/プライベート保険) □Overseas health insurance/海外の保険 (Name of insurance company/保険会社名: *Please present your primary and/or other medical insurance certificate /保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください。 □Uninsured/保険に加入していない					
Medical departments you would like to visit/希望される診療科					
□Internal Medicine/内科 □Psychosomatic Medicine/心療内科 □Neurology/神経内科 □Pulmonology/呼吸器科 □Gastroenterology/消化器科 □Cardiovascular medicine/循環器科 □Nephrology/腎臓内科 □Pediatrics/小児科 □Surgery/外科 □Orthopedic surgery/整形外科 □Neurosurgery/脳神経外科 □Thoracic Surgery/呼吸器外科 □Cardiovascular Surgery/心臓血管外科 □Dermatology/皮膚科 □Urology/泌尿器科 □Obstetrics and Gynecology/産婦人科 □Ophthalmology/眼科 □Otorhinolaryngology/耳鼻科 □Dentistry/歯科 □Other/その他()					

/本人確認ができる写真付き身分証明書のコピーをとらせていただきます。

2/2 診療申込書:2018年3月版

^{*}Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution. /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。

^{*}We will take a copy of your photo ID for verification.