

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

نموذج تسجيل المريض
/Patient Registration Form
/診療申込書

☐ ذكر/Male/男 ☐ أنثى/Female/女	الجنس /Sex /性別			الاسم /Name /氏名
☐ عامًا/years old/歳	العمر /Age /年齢	سنة/Year/年	شهر/Month/月	يوم/Day/日
		تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日		
العنوان أو مكان الإقامة في اليابان / Address or accommodation in Japan/住所又は日本での滞在先				
العنوان في البلد الأصلي (للمزارعين لفترات قصيرة فقط) Address in home country (for short-term visitors only)/ 本国の住所 (短期滞在者のみ)				
	رقم الهاتف (الجوال) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		رقم الهاتف (المنزل) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)	
☐ نعم /Yes/必要 ☐ لا /No/必要でない	طلب مترجم فوري /Interpreter request /通訳の希望		الجنسية /Nationality /国籍	
	المهنة /Occupation /職業		اللغة الأم /Native language /母国語	
	اعتبارات خاصة مطلوبة لأسباب دينية /Special considerations required for religious reasons /宗教などの理由により 特別に配慮が必要な事項		اللغات الأخرى المتحدث بها /Other languages spoken /母国語以外に 対応可能な言語	

بيانات الاتصال في حالات الطوارئ /Emergency contact details/緊急連絡先			
	العلاقة /Relationship /患者との関係		الاسم /Name /氏名
			العنوان /Address /住所
	رقم الهاتف (الجوال) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		رقم الهاتف (المنزل) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)

وضع الإقامة في اليابان /Residential status in Japan/日本での滞在状況を教えてください。●	
☐ مقيم/Resident/居住	
☐ إقامة قصيرة الأمد/Short-term stay/短期滞在(☐ عمل/Business/ビジネス ☐ عطلة/Vacation/旅行)	
☐ طالب/Student/留学生 ☐ (أخر/Other/その他)	

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

أسباب اختيار هذا المستشفى/العيادة /Reasons for choosing this hospital/clinic /当院を選んだ理由を教えてください。	
☐ لا/No/いいえ ☐ نعم/Yes/はい	هل هذه زيارتك الأولى لهذا المستشفى/العيادة؟ /Is this your first visit to this hospital/clinic? /当院の受診は初めてですか。
☐ لا/No/なし ☐ () نعم/Yes/あり اسم المؤسسة الطبية المحيلة /Name of referring medical institution () /紹介元医療機関	هل لديك خطاب إحالة؟ /Do you have a referral letter? /紹介状はありますか。
☐ لا/No/なし ☐ نعم/Yes/あり	هل لديك موعد؟ /Do you have an appointment? /予約はしていますか。
نوع التأمين الصحي /Type of health insurance/保険の種類	
☐ تأمين صحي ياباني /Japanese health insurance/日本の保険 (☐ عام/public/公的保険/ ☐ خاص/private/プライベート保険) ☐ تأمين صحي خارجي/Overseas health insurance /海外の保険 (Name of insurance company/保険会社名:) * يُرجى تقديم شهادة التأمين الطبي الأساسي و/أو أي شهادة تأمين طبي آخر /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。 ☐ غير مؤمن/Uninsured/保険に加入していない	
الأقسام الطبية التي ترغب بزيارتها /Medical departments you would like to visit/希望される診療科	
☐ الطب الباطني/Internal Medicine/内科 ☐ الطب النفسي الجسدي/Psychosomatic Medicine/心療内科 ☐ طب الأعصاب/Neurology/神経内科 ☐ طب الرئة/Pulmonology/呼吸器科 ☐ طب الجهاز الهضمي/Gastroenterology/消化器科 ☐ طب القلب والأوعية الدموية/Cardiovascular medicine/循環器科 ☐ طب الكلى/Nephrology/腎臓内科 ☐ طب الأطفال/Pediatrics/小児科 ☐ جراحة تقويم العظام/Orthopedic surgery/整形外科 ☐ الجراحة/Surgery/外科 ☐ جراحة الأعصاب/Neurosurgery/脳神経外科 ☐ جراحة الصدر/Thoracic Surgery/呼吸器外科 ☐ جراحة القلب والأوعية الدموية/Cardiovascular Surgery/心臓血管外科 ☐ طب الأمراض الجلدية/Dermatology/皮膚科 ☐ طب الجهاز البولي/Urology/泌尿器科 ☐ طب النساء والتوليد/Obstetrics and Gynecology/産婦人科 ☐ طب العيون/Ophthalmology/眼科 ☐ طب الأنف والأذن والحنجرة/Otorhinolaryngology/耳鼻科 ☐ طب الأسنان/Dentistry/歯科 ☐ () أخرى/Other/その他	

* سيتم التعامل مع معلوماتك الشخصية وفقاً للوائح المؤسسة.

/* 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。

* سنطلب نسخة من بطاقة هويتك الشخصية التي تحمل صورة للتحقق منها.

/* We will take a copy of your photo ID for verification.
/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。

أُعِدَّتْ هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。