

患者氏名：

患者 ID：

就诊申请表

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	年 月 日	年龄	周岁
住址或在日本的逗留地址			
邮编			
本国的住址(仅限短期逗留者)			
家庭电话		手机号码	
国籍		是否需要翻译	<input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要
母语		职业	
除母语外会说的语言		因宗教原因需要特别照顾的事项	

紧急联络方式			
姓名		与患者的关系	
住址			
家庭电话		手机号码	

●请告知您在日本的在留资格。	
<input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 短期逗留(<input type="checkbox"/> 商务 <input type="checkbox"/> 旅游) <input type="checkbox"/> 留学生 <input type="checkbox"/> 其他()	
●请告知您为什么选择本院。	
●您是初次来本院就诊吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●您是否持有转诊单/介绍信?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●您是否有预约?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保险(医疗保险)种类	
<input type="checkbox"/> 日本的保险 (<input type="checkbox"/> 公营保险 <input type="checkbox"/> 个人商业保险)	
<input type="checkbox"/> 海外的保险 (保险公司名称:)	
※如有携带保险证或相关资料, 请出示。	
<input type="checkbox"/> 没有加入保险	
希望就诊的科室。	
<input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 精神心理科(心身科) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮肤科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科	
<input type="checkbox"/> 脑神经外科 <input type="checkbox"/> 儿科 <input type="checkbox"/> 妇产科 <input type="checkbox"/> 呼吸科 <input type="checkbox"/> 呼吸外科 <input type="checkbox"/> 心血管科 <input type="checkbox"/> 心血管外科 <input type="checkbox"/> 消化科	
<input type="checkbox"/> 肾内科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 神经内科	

※关于患者的个人信息, 我们会根据医院规定妥善管理。