



患者氏名 :  
患者ID :

English/英語

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

\*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.  
/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。