



患者氏名 :  
患者ID :

한국어/韓国語

●저희 병원 진료는 처음입니까? /当院の受診は初めてですか。	<input type="checkbox"/> 아니요/いいえ <input type="checkbox"/> 네/はい
●소개장을 가지고 계십니까? /紹介状はありますか。	<input type="checkbox"/> 없음/なし <input type="checkbox"/> 있음/あり 소개의료기관/紹介元医療機関 ( )
●예약을 하셨습니까? /予約はしていますか。	<input type="checkbox"/> 없음/なし <input type="checkbox"/> 있음/あり
<b>보험의 종류/保険の種類</b>	
<input type="checkbox"/> 일본 보험/日本の保険 ( <input type="checkbox"/> 공적 보험/公的保険 <input type="checkbox"/> 민영 보험/プライベート保険 ) <input type="checkbox"/> 해외 보험/海外の保険 ( 보험회사명/保険会社名: )	
<b>※보험증과 그 외의 의료증을 가지고 계신 경우 제시해 주십시오.</b> <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"/> 보험에 가입되어 있지 않음/保険に加入していない	
<b>진료희망과목/希望される診療科</b>	
<input type="checkbox"/> 내과/内科 <input type="checkbox"/> 심료내과/心療内科 <input type="checkbox"/> 신경내과/神経内科 <input type="checkbox"/> 호흡기과/呼吸器科 <input type="checkbox"/> 소화기과/消化器科 <input type="checkbox"/> 순환기과/循環器科 <input type="checkbox"/> 신장내과/腎臓内科 <input type="checkbox"/> 소아과/小児科 <input type="checkbox"/> 외과/外科 <input type="checkbox"/> 정형외과/整形外科 <input type="checkbox"/> 뇌신경외과/脳神経外科 <input type="checkbox"/> 호흡기외과/呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 심장혈관외과/心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 피부과/皮膚科 <input type="checkbox"/> 비뇨기과/泌尿器科 <input type="checkbox"/> 산부인과/産婦人科 <input type="checkbox"/> 안과/眼科 <input type="checkbox"/> 이비인후과/耳鼻科 <input type="checkbox"/> 치과/歯科 <input type="checkbox"/> 기타/その他 ( )	

※환자분의 개인정보에 관해서는, 원내 규정에 따라 처리됩니다.  
/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。

※본인확인이 가능한 사진이 부착된 신분증명서를 복사합니다.  
/本人確認のできる写真つき身分証明書のコピーをとらせていただきます。

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。  
本 자료는 의사 및 법률 전문가들의 감수를 받아 작성하였으나 일본과 외국의 언어 및 제도 차이로 인해 해석 차이가 발생하였을 경우 일본어가 우선적으로 적용됩니다.