診 療 申 込 書

(Registration Form)

該当の方は□に✓をつけてください。

■ 本日の受診が次の項目に該当しますか。

□1. 労災見込み　□2. 交通事故

■ 耳の遠い方、ご不自由な方は、筆談にて対応致します。

□1. 希望します

○ 次の事項をご了承ください。

1. 紹介状をお持ちでない患者さんには、初診時選定療養費として5,400円（税込）をお支払いいただいております。
2. 健康保険証等のコピーをさせていただきます。

○ **太枠**の中をご記入後、健康保険証等と共に提出してください。

受診者 (Patient)	受診日	平成　年　月　日	
	フリガナ		性別(Sex)
	氏名 (Name)		□1 男(M) □2 女(F)
	生年月日 (Date of Birth) (YYYY/MM/DD)	明・大・昭・平　年　月　日　歳 (　/　/　/　years old)	
	住所 (Address in Japan)	〒	
	連絡先 (Phone No.)	自宅電話 (Home or Mobile)　(　)　－	
		緊急連絡先 (Emergency Contact)　電話 (Phone No.)　(　)　－	

病院処理欄

入力	確認

時　分

保　紹

※尚、外国籍の方は、下記もご記入ください。

(To foreign nationals, Please fill out the following form)

国籍 (Nationality)		使用言語① (Native language)	
日本語 (Do you speak Japanese?)	話せる (Yes) ・ 少し話せる (a little) ・ 話せない (No)	使用言語② (Other Spoken languages)	

※「少し話せる」、「話せない」を選択された方にお伺い致します。

(When you speak a little or none Japanese,)

本日は通訳の出来るお付き添いの方はいらっしゃいますか？ (Are you accompanied by someone who speaks Japanese?)	
はい　(Yes)	いいえ　(No)