

# 診療申込書

(Registration Form)

該当の方は番号に○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	病院処理欄	
	フリガナ		性別 (Sex)	
	氏名 (Name)		1 男 (M)	入力
			2 女 (F)	
	生年月日 (Date of Birth) (YYYY/MM/DD)	明・大・昭・平      年      月      日      歳 (      /      /      /      years old)	時      分	
	住所 (Address in Japan)	〒		
連絡先 (Phone No.)	自宅電話 (      )      - (Home or Mobile)	保      紹		
	緊急連絡先      電話 (      )      - (Emergency Contact)      (Phone No.)			

※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      ・      少し話せる      ・      話せない (Yes)                      (a little)                      (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 )