

# 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 (Date)	平成 年 月 日	病院処理欄	
	フリガナ		性別 (Sex)	入力
	氏名 (Name)		1 男(M) 2 女(F)	確認
	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.)	ス		

宗教上の配慮をご希望ですか? (Do you need any special considerations based on your religion?)

はい (宗教: )  Yes (Religion: )  いいえ  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 (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 ) <input type="checkbox"/> いいえ ( No ) <input type="checkbox"/>