

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	西暦	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・令 (/ /)	年	月	日 歳 (years old)
	住所 (Address in Japan)	〒			
	連絡先 (Phone No.)	自宅電話 ()			—
	緊急連絡先 (Emergency Contact)	電話 ()			—

病院処理欄

入力	確認

--	--

時 分

--	--	--	--	--	--	--	--

保 紹
ス

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

はい (宗教:) Yes (Religion:) いいえ No

国籍(Nationality) 日本 その他 Others 以下に記載ください Please fill out the following.

※ To foreign nationals, Please fill out the following form

(尚、外国籍の方は、下記もご記入ください。)

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

※ Emergency Contact in Japan (Those who other than Patient)

(日本における緊急連絡先 (患者さんご本人以外))

Name 氏名		Relation ご関係	
Phone Number 電話番号			
Do you speak Japanese?日本語	Yes 話せる ・ a little 少し話せる ・ No 話せない		
Native Language 使用言語①	Other Available Language 使用言語②		