

就诊申请表

診療申込書

| | | | | | | |
|---------------|--|---|---|--------|----------------------------|----------------------------|
| 姓名 | | | | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 |
| 出生日期 | 年 | 月 | 日 | 年龄 | 岁 | |
| 住址或日本逗留地址 | | | | | | |
| 邮编 | | | | | | |
| 母国住址(仅限短期逗留者) | | | | | | |
| | | | | | | |
| 电话(住宅) | | | | 电话(手机) | | |
| 国籍 | | | | 母语 | | |
| 除母语以外可沟通语言 | <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 汉语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 菲律宾语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 其他() | | | | | |
| 是否需要翻译 | <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 | | | | | |

紧急联络方式

| | | | | | | |
|--------|--|--|--|--------|--|--|
| 姓名 | | | | 与患者关系 | | |
| 住址 | | | | | | |
| 电话(住宅) | | | | 电话(手机) | | |

●请告知您在日本的在留资格

居住 短期逗留(商务 旅游) 留学生 其他()

●您是初次来本院就诊吗? 是 否

●您是否有介绍信吗? 是 否

●您是否有预约吗? 是 否

●今日的就诊是否与工伤(工作时间内,上下班途中),或交通事故有关系? 是 否

保险种类

日本的保险(公营保险 个人商业保险)

日本以外的保险(保险公司名称:)

***如有携带保险证或相关资料,请出示。**

未加入保险

希望就诊科室

- 1 骨科 2 精神心理科(心身科) 3 耳鼻喉科 4 皮肤科 5 内科 6 外科
7 牙科 8 眼科 9 脑神经外科 10 小儿科 11 妇产科 12 呼吸科
13 呼吸外科 14 心内科 15 消化科 16 肾内科 17 泌尿科 18 神经内科
19 不知道哪个科

*关于患者个人信息,我们会按医院规定妥善处理。

*关于医疗费,请另外向医院咨询。(例如是否需付选定疗养费(没有其他医院介绍信时需支付的费用))