

診療申込書

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (YYYY/MM/DD)	年 月 日	年齢	歳
住所又は日本での滞在先			
〒			
本国の住所(短期滞在者のみ)			
電話(自宅)		電話(携帯)	
国籍		母国語	
母国語以外に 対応可能な言語	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> その他()		
通訳の希望	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要でない		

緊急連絡先

氏名		患者との関係	
住所			
電話(自宅)		電話(携帯)	

●日本での滞在状況を教えてください。

居住 短期滞在(ビジネス 旅行) 留学生 その他()

●当院のご受診は初めてですか。 はい いいえ

●紹介状はありますか。 ある ない

●予約はしていますか。 ある ない

●本日の受診は労災(勤務中、通勤・帰宅中)や交通事故と関係がありますか。 ある ない

保険の種類

日本の保険 (公的保険 プライベート保険)

海外の保険 (保険会社名:)

※保険証や関連書類をお持ちの場合はご提示ください。

保険に加入していない

希望される診療科

1整形外科 2心療内科 3耳鼻科 4皮膚科 5内科 6外科 7歯科 8眼科
9脳神経外科 10小児科 11産婦人科 12呼吸器科 13呼吸器外科 14循環器科 15消化器科
16腎臓内科 17泌尿器科 18神経内科 19希望診療科がわからない

※患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

※費用については、別途、病院に確認してください(例えば、選定療養費の有無)