

診察申込書

REGISTRATION FORM

登録番号(ID)

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

申込年月日 Date	平成	年 Year	月 Month	日 Day	性別 Sex	(M) 男 (F) 女							
ふりがな 氏名 Name				生年月日 Date of Birth	(M) (T) 明・大 (S) (H) 昭・平	年 Year	月 Month	日 Day					
ふりがな 現住所 Address	郵便番号 Post Code		<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
		都・道 府・県	郡・市 区	町・村 区									
		電話番号(自宅) Phone number (Home)		()	-								
		携帯電話番号 Mobile phone number		()	-								
緊急連絡先① Emergency Phone Number	ふりがな 氏名 Name	(続柄) Relationship											
		電話番号 Phone number		()	-								
緊急連絡先② Emergency Phone Number	ふりがな 氏名 Name	(続柄) Relationship											
		電話番号 Phone number		()	-								
紹介状 Letter of Introduction	有 Yes 無 No		有の場合：紹介元の病院名 () Name of the referring hospital										
受診科 Clinical Division	受診科1 () Clinical Division1												
		受診科2 () Clinical Division2											
		受診科3 () Clinical Division3											
◎初診時に紹介状をお持ちでない方は、初診時加算として下記の料金が自己負担となります。 医科-5,400円 歯科-2,700円 When not having a letter of introduction at the first visit, the following charge will be self-paying as additional. 5400 yen for the Medical Department 2700 yen for the Dental Department													
◎労災・事故で受診される方は窓口にお申し出ください。 Please ask at the desk who has Workers' accident compensation insurance, and who sees a doctor by an accident.													

※赤枠のみご記入ください。

Please fill inside the red frame.

※保険証及び紹介状(有りの場合)は必ずご提出ください。

Please show your health insurance card and a letter of introduction from your doctor.