

診察申込書

REGISTRATION FORM

登録番号(ID)

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

申込年月日 Date	平成 Year	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	4週間以内の海外渡航歴 Overseas travel history within 4 weeks			有 Yes 無 No							
		有の場合：紹介元の病院名 Name of the referring hospital			渡航先 Travel destination		()					
		()			渡航期間 Travel period		(~)					
受診科 Clinical Division to be examined	受診科1 () Clinical Division1	国籍 Nationality										
		受診科2 () Clinical Division2	母国語/母国語以外に対応可能な言語 Native language / Other languages spoken									
		受診科3 () Clinical Division3	宗教上の理由により特別に配慮が必要な事項 Special requirements for religious reasons									

◎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-10,800円
歯科-3,240円

When not having a letter of introduction at the first visit, the following charge will be self-paying as additional.
10800 yen for the Medical Department
3240 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。

Those who have Workers' Accident Compensation Insurance, and/or see a doctor because of an accident injury, please ask at the desk.

※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.