

診察申込書

登録番号(ID)

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

REGISTRATION FORM

申込年月日 Date	令和 Year	年 Month	日 Day	性別 Sex	(M) 男 (F) 女		
ふりがな 氏名 Name				生年月日 Date of Birth	(T) (S) 大・昭 (H) (R) 平・令 年 月 日 Year Month Day		
ふりがな 現住所 Address	郵便番号 Post Code						
	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		渡航歴有の場合：あてはまる症状がある方は『✓』をつけてください If you have a travel history, please check 『✓』 any of the symptoms you have.		発熱 Fever ()	咳 Cough ()	下痢 Diarrhea ()
	()		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-11,000円
歯科- 3,300円

When not having a letter of introduction at the first visit, the following charge will be self-paying as additional.
11000 yen for the Medical Department
3300 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.