

# 診察申込書

REGISTRATION FORM

登録番号(ID)

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

<b>申込年月日</b> Date	平成                      年                      月                      日 Year                      Month                      Day	<b>性別</b> Sex	(M)                      (F) 男                      女							
<b>ふりがな</b> 氏名 Name	<b>生年月日</b> Date of Birth		(M) (T) 明・大                      年                      月                      日 (S) (H) 昭・平                      Year                      Month                      Day							
<b>ふりがな</b> 現住所 Address	郵便番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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></tr></table>									
	都・道                      郡・市                      町・村 府・県                      区                      区	電話番号(自宅)      (                      )                      - Phone number (Home)								
		携帯電話番号      (                      )                      - Mobile phone number								
<b>緊急連絡先①</b> Emergency Phone Number	ふりがな 氏名                      (続柄) Name                      Relationship	電話番号      (                      )                      - Phone number								
<b>緊急連絡先②</b> Emergency Phone Number	ふりがな 氏名                      (続柄) Name                      Relationship	電話番号      (                      )                      - Phone number								
<b>紹介状</b> Letter of Introduction	有                      無 Yes                      No									
	有の場合：紹介元の病院名      (                      ) Name of the referring hospital									
<b>受診科</b> 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-5,250円 歯科-2,625円 When not having a letter of introduction at the first visit, the following charge will be self-paying as additional. 5250 yen for the Medical Department 2625 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.