

## 診察申込書

REGISTRATION FORM

登録番号(ID)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

申込年月日 Date	令和 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	(T) (S) 大・昭 (H) (R) 平・令	年 Year	月 Month	日 Day
ふりがな 現住所 Address	郵便番号 Post Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	都・道 府・県	郡・市 区	町・村 区
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 ( )	( )
	( )			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.