

診察申込書

REGISTRATION FORM

登録番号(ID)

□□	-	□□□□	-	□□
----	---	------	---	----

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	□□□□	-	□□□□					
		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.