患者氏名　：
患者ID　：

中文/中国語

就诊申请表
/診療申込書

姓名 /氏名		性别 /性别	□男/男 □女/女
出生年月日 /生年月日	年/年　月/月　日/日	年龄 /年齢	周岁/歳
住址或在日本的在留地址/住所又は日本での滞在先			
本国的住址（仅限短期在留者）/本国の住所（短期滞在者のみ）			
家庭电话 /電話（自宅）		手机号码 /電話（携帯）	
国籍 /国籍		是否需要翻译 /通訳の希望	□需要/必要 □不需要/必要でない
母语 /母国語		职业 /職業	
除母语外会说的语言 /母国語以外に 対応可能な言語		由于宗教等方面原因 需要特殊照顾的事项 /宗教などの理由により特別 に配慮が必要な事項	

紧急联系电话/緊急連絡先			
姓名 /氏名		与患者的关系 /患者との関係	
住址 /住所			
家庭电话 /電話（自宅）		手机号码 /電話（携帯）	

●请告知您在日本的在留情况。/日本での滞在状況を教えて下さい。

□居住/居住　□短期在留/短期滞在(□商务/ビジネス　□旅游/旅行)
□留学生/留学生　□其他/その他(　　)

●请告知您为什么选择本院。
/当院を選んだ理由を教えて下さい。

患者氏名　：
患者ID　：

中文/中国語

●您是初次来本院就诊吗？ /当院の受診は初めてですか。	□否/いいえ □是/はい
●您是否持有转诊单/介绍信？ /紹介状はありますか。	□否/なし □是/あり 医疗介绍机关名称/紹介元医療機関 （　　）
●您是否有预约？ /予約はしていますか。	□否/なし □是/あり

保险（医疗保险）种类/保険の種類

□日本的保险/日本の保険（□公营保险/公的保険　□民间个人保险/プライベート保険）
□海外的保险/海外の保険（保险公司名称/保険会社名：　　）

※<u>如持有保险证或其他医疗证，请出示。</u>
<u>/保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください。</u>

□没有加入保险/保険に加入していない

希望就诊的科室/希望される診療科

□内科/内科　□精神心理科（心身科）/心療内科　□神经内科/神経内科　□呼吸科/呼吸器科
□消化科/消化器科　□循环科/循環器科　□肾内科/腎臓内科　□儿科/小児科
□外科/外科　□骨科/整形外科　□脑神经外科/脳神経外科　□呼吸外科/呼吸器外科
□心血管外科/心臓血管外科　□皮肤科/皮膚科　□泌尿科/泌尿器科　□妇产科/産婦人科
□眼科/眼科　□耳鼻咽喉科/耳鼻科　□牙科/歯科　□其他/その他（　　）

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。
/患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

※医院要复印带有您本人照片、可确认是您本人的身份证。
/本人確認のできる写真つき身分証明書のコピーをとらせていただきます。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
本资料是在医生及法律专家的监修下所编撰的，因日本和其他国家的语言和制度上的不同，有不同的解释时，以日语为准。