

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Patient Registration Form

/診療申込書

Name /氏名		Sex /性別	☐ Male/男 ☐ Female/女
Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Year/年 /Month/月 /Day/日	Age /年齢	years old/歳
Address or accommodation in Japan/住所又は日本での滞在先			
Address in home country (for short-term visitors only)/本国の住所（短期滞在者のみ）			
Phone No. (Home) /電話（自宅）		Phone No. (Mobile) /電話（携帯）	
Nationality /国籍		Interpreter request /通訳の希望	☐ Yes/必要 ☐ No/必要でない
Native language /母国語		Occupation /職業	
Other languages spoken /母国語以外に 対応可能な言語		Special considerations required for religious reasons /宗教などの理由により 特別に配慮が必要な事項	

Emergency contact details/緊急連絡先			
Name /氏名		Relationship /患者との関係	
Address /住所			
Phone No. (Home) /電話（自宅）		Phone No. (Mobile) /電話（携帯）	

●Residential status in Japan/日本での滞在状況を教えてください。	
☐ Resident/居住	☐ Short-term stay/短期滞在(☐ Business/ビジネス ☐ Vacation/旅行)
☐ Student/留学生	☐ Other/その他()
●Reasons for choosing this hospital/clinic /当院を選んだ理由を教えてください。	

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

●Is this your first visit to this hospital/clinic? /当院の受診は初めてですか。	☐ No/いいえ ☐ Yes/はい
●Do you have a referral letter? /紹介状はありますか。	☐ No/なし ☐ Yes/あり () Name of referring medical institution /紹介元医療機関 ()
●Do you have an appointment? /予約はしていますか。	☐ No/なし ☐ Yes/あり
Type of health insurance/保険の種類	
☐ Japanese health insurance/日本の保険 (☐ public/公的保険 ☐ private/プライベート保険) ☐ Overseas health insurance/海外の保険 (Name of insurance company/保険会社名:) <u>*Please present your primary and/or other medical insurance certificate</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> ☐ Uninsured/保険に加入していない	
Medical departments you would like to visit/希望される診療科	
☐ Internal Medicine/内科 ☐ Psychosomatic Medicine/心療内科 ☐ Neurology/神経内科 ☐ Pulmonology/呼吸器科 ☐ Gastroenterology/消化器科 ☐ Cardiovascular medicine/循環器科 ☐ Nephrology/腎臓内科 ☐ Pediatrics/小児科 ☐ Surgery/外科 ☐ Orthopedic surgery/整形外科 ☐ Neurosurgery/脳神経外科 ☐ Thoracic Surgery/呼吸器外科 ☐ Cardiovascular Surgery/心臓血管外科 ☐ Dermatology/皮膚科 ☐ Urology/泌尿器科 ☐ Obstetrics and Gynecology/産婦人科 ☐ Ophthalmology/眼科 ☐ Otorhinolaryngology/耳鼻科 ☐ Dentistry/歯科 ☐ Other/その他()	

*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.
/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。

*We will take a copy of your photo ID for verification.
/本人確認ができる写真付き身分証明書のコピーをとらせていただきます。