

診察申込書

登録番号(ID)

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

REGISTRATION FORM

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 () 咳 Cough () 下痢 Diarrhea ()	
()		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- 13,200円

歯科- 5,500円

When not having a letter of introduction at the first visit, the following charge will be self-paying as additional.

13200 yen for the Medical Department

5500 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.