

Patient Registration Form

/診療申込書

Name /氏名		Sex /性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> 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		Accompanied by a interpreter /通訳の同伴	<input type="checkbox"/> Yes/はい <input type="checkbox"/> No/いいえ
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 clinic

/当院を選んだ理由を教えてください。

--

●Is this your first visit to this clinic? /当院の受診は初めてですか。	<input type="checkbox"/> No/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
●Do you have a referral letter? /紹介状はありますか。	<input type="checkbox"/> No/なし <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> No/なし <input type="checkbox"/> Yes/あり
Type of health insurance/保険の種類	
<input type="checkbox"/> Japanese health insurance/日本の保険 (<input type="checkbox"/> public/公的保険 <input type="checkbox"/> private/プライベート保険) <input type="checkbox"/> 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>	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Internal Medicine/内科 <input type="checkbox"/> Orthopedics/整形外科 <input type="checkbox"/> Psychiatry/精神科 <input type="checkbox"/> Gastroenterology/胃腸内科 <input type="checkbox"/> 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。

***If you do not have a Japanese health insurance card, you are required to pay a deposit fee (¥10,000) prior to consultation.** /日本の保険証をお持ちでない場合は、あらかじめ1万円をお支払いいただきます。