

[illegible]

英語/English

中国語/簡体字

フリガナ				性 別		
患 者 氏 名				男 ・ 女		
生 年 月 日	大・昭・平・令	年	月	日	年 齢	歳
現 住 所	〒(-)					
	電話番号(自宅)		()	—		
	携帯電話番号		()	—		
緊急時連絡先	氏名	フリガナ	ご関係	電話番号		
本人以外 1						
本人以外 2						

限度額情報の照会	☐ 同意します ☐ 同意しません ※オンライン資格確認により限度額情報を照会します		
紹介状持参の有無	☐ あり ☐ なし	予約の有無	☐ あり ☐ なし
過去の受診歴	☐ あり(年頃 科・センター) ☐ なし		
マイナ保険証 (又は資格確認書)の有無	☐ あり ☐ なし	☐ 資格確認書	

本人	国籍(任意)		日本の公的保険への加入の有無		□ あり □ なし		
	母語		母語以外言語		日本語	□ 話せる □ 少し話せる □ 話せない	
本人以外 1	母語		母語以外言語		日本語	□ 話せる □ 少し話せる □ 話せない	
本人以外 2	母語		母語以外言語		日本語	□ 話せる □ 少し話せる □ 話せない	

☐日本の運転免許証 ☐パスポート ☐在留カード ☐その他()

当院では、血液型やアレルギー情報の違いなど患者誤認による重大事故を防止するため、外国人の方が受診される際には、在留カードやパスポートの確認とコピーをさせていただいております。

☐居住
 ☐短期滞在（☐ビジネス ☐親族・知人訪問等 ☐旅行）
☐留学生
 ☐その他（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

事務欄				※印のある科は紹介外来制実施のため紹介状必須																																		
A3 (要)	B4 (要)	A4 (要)	B5 (要)	A6 (要)	B6 (要)	A7 (要)	B7 (要)	A8 (要)	B8 (要)	A9 (要)	B9 (要)	D0 (要)	G2 (要)	G3 (要)	C0 (要)	C3 (要)	C7 (要)	C8 (要)	C9 (要)	D3 (要)	B9 (要)	D4 (要)	D5 (要)	D6 (要)	D7 (要)	D8 (要)	D9 (要)	E0 (要)	F5 (要)	F7 (要)	F8 (要)	F9 (要)	I4 (要)	F0 (要)	G7 (要)	G9 (要)	I2 (要)	
母子	リウマチ	※	※	※精神	※児精	※心	※血	消化器	※	※呼吸器	※	※小児	※生殖	※	※総診	※血内	※腎高	※内糖	※神内	※乳甲	※	※	※整形一般	※皮膚	※必腎	※婦人	※眼科	※耳鼻	※放射線	※遺伝子	※脳外	※リハ	※形成	※感染症	※歯科	※緩和	※ペイン	※がん

短期滞在、その他の方はこちらもご記入ください

日本での滞在先	
本国の住所	
メールアドレス	
保険の種類	☐ 日本の保険(保険会社名:)※公的保険以外 ☐ 海外の保険(保険会社名:) ・保険証等をご提示ください。 ・当院から保険会社へ直接請求をご希望される場合、保険会社から支払い保証書(GOP)を取り寄せてください。全額カバーの場合のみ受け付けており、保証書は保険会社から直接当院へメールにて送付ください。提示がない場合は一度全額を支払い、後に保険会社へ請求していただきます。 ☐ 保険に加入していない
支払い方法	☐ 現金 ☐ クレジットカード ☐ デビットカード ☐ その他()

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。

事務欄	
「当院受診に際しての注意事項」の配付	☐
身分証明書の取得(パスポート・在留カードの写)	☐