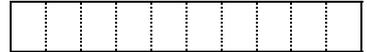


申込年月日： 年 月 日



診療申込書



英語/English 中国語/簡体字

1. 当院における個人情報保護方針及び個人情報の利用目的をご確認の上、お申し込みください。
2. 下記の診療科の中で※印のある科は紹介外来制を実施しています。紹介状をご持参ください。

患者さま情報

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(本人以外)	氏名	フリガナ	ご関係	電話番号	
本人以外 1					
本人以外 2					

緊急連絡先は、病状や治療に関すること、その他病院から連絡が必要な場合の連絡先をご記入下さい。

診療科		受診を希望する診療科を下記の中から選んで○で囲んでください。									
03(産) 14(児)	04(内) 15(整)	06※ 精神医療 センター	06※ 児童精神科	07(内) 17(外)	08(内) 18(外)	09※ 炎症性腸疾患 (IBD)センター	26(内) 16(外)	30※ 小児総合医療 センター	62(泌) 63(婦)	※生殖医療 センター	
総合周産期 母子医療 センター	※リウマチ膠 原病センター			心臓血管 センター	※消化器病 センター		※呼吸器病 センター				
20 総合診療科	23※ 血液内科	27※ 腎臓・高血 圧内科	28※ 内分泌・ 糖尿病内科	29※ 脳神経内科	33(乳) 19(甲)	34※整形外科			35※ 皮膚科	36※ 泌尿器・ 腎移植科	
					※乳腺・甲 状腺外科	脊椎	股関節	膝関節	肩関節	一般 (リウマチ・ 腫瘍除く)	
37※ 婦人科	38※ 眼科	39※ 耳鼻咽喉科	40※ 放射線 治療科	55※ 遺伝子 診療科	57※ 脳神経外科	58※ リハビリテー ション科	59※ 形成外科	50※ 歯科・口腔外 科・矯正歯科	67※ 緩和ケア 内科		
69※ ペインクリ ニック内科	82※ がんゲノム 診療科										

紹介状持参の有無	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
予約の有無	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
過去の受診歴	<input type="checkbox"/> はい(年頃	科・センター) <input type="checkbox"/> いいえ	
保険証持参の有無	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード保険証
※マイナンバーカードの保険証も持参されている場合はお申し出ください。			
限度額情報の照会	<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 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

*** 母語が日本語以外の方 もしくは 外国籍の方 は 裏面もご記入ください**



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。

***母語が日本語以外の方 もしくは 外国籍の方 は こちらもご記入ください**

国籍(任意)		日本の公的保険への加入の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
母語		母語以外言語	日本語 <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 話せない

身分証明書の種類

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。

緊急連絡先1(本人以外)

氏名		フリガナ	
ご関係		電話番号	
母語		母語以外言語	日本語 <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 話せない

緊急連絡先2(本人以外)

氏名		フリガナ	
ご関係		電話番号	
母語		母語以外言語	日本語 <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 話せない

緊急連絡先は、病状や治療に関する事、その他病院から連絡が必要な場合の連絡先をご記入下さい。

日本での滞在状況

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()

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。