患者氏名 : 患者ID :

English/にほんご

Patient Registration Form

しんさつの もうしこみ

- > You will be charged 7,700 yen (tax-included) for a consultation without a referral.
- > Submit referral/health records/medical data if you have.
- Fill in the form and submit it with a health insurance card or My Number card at the reception counter.

			Registration date (YYYY/MM/DD)			/ /	
We will verify your ceiling limit of monthly medical care payment through the online eligibility verification system. Check the box on the right if you choose to reject it.							
Name なまえ				Sex せいべつ		le/おとこ nale/おんな	
Date of birth (YYYY/MM/DD) たんじょうび	Year/ねん	Month/がっ	Day/にち	Age ねんれい	years old/さい		
Address or accommodation in Japan じゅうしょ(すんでいるところ)							
Address in home country (for short-term visitors only) じぶんのくにのじゅうしょ (すぐにくにへかえるひとだけ)							
Phone No. 1 でんわばんごう 1			Phone No. 2 でんわばんごう 2				
Nationality こくせき			Interpreter request つうやくは いりますか		□Yes/いる □No/いらない		
Native language いつも はなす ことば			Occupation しごと				
Other languages spoker ほかに はなせる ことに			Special considerations required for religious reasons しゅうきょう				
Emergency contact details かぞく・ともだち・しごとの れんらくさき							
Name なまえ				Relationship だれですか?			
Address じゅうしょ							
Phone No. 1 でんわばんごう 1			Phone No. 2 でんわばんごう 2				

患者氏名 :

Residential status in Japan なぜにほんにいますか?					
□Resident/すんでいる □Business/しごと □Vacation/りょこう □Student/がくせい □Other/ほかの りゆう()					
check if applicable しごとちゅうの けが ですか じこ ですか					
☐ occupational injury (including commuting accident) ☐ traffic accident Name of your workplace () Tel. # ()					
Is this your first visit to this hospital/clinic? この びょういんは はじめて きましたか?	□No/いいえ □Yes/はい				
Do you have a referral letter? いしゃの てがみは ありますか?	□No/なし □Yes/あり() Name of referring medical institution びょういんの なまえ()				
Do you have an appointment? よやくは ありますか?	□No/なし □Yes/あり				
Type of health insurance /ほけん					
□Japanese health insurance/にほんの ほけん (□public/こくみん けんこうほけん □private/しごとの ほけん) □Overseas health insurance/がいこくの ほけん					
(Name of insurance company/ほけんの かいしゃの なまえ:					
*Please present your primary and/or other medical insurance certificate いりょうしょうが あれば だしてください					
□Uninsured/ほけんは ない					
Which physician you would like to see? /なんの いしゃに みてもらいますか?					
□ Neurology/あたま・しんけい □ Pulmonology/はい・のど □ Diabetes and Endocrinology/とうにょうびょう・ホルモン □ Gastroenterology Medicine/おなかの かぜ □ Urology/おしっこや せいしょくき □ Pain Management Clinic/いたみ □ Cardiology/ち・けっかん □ Gastrointestinal Surgery/おなかの びょうき □ Orthopedic Surgery/ほね・あし・て □ Plastic Surgery/きず □ Neurological Surgery/のうの びょうき □ Thoracic Surgery/はいの びょうき □ Breast Surgery/むねの びょうき □ Other/ほか ()					

2/2 001_2023. 03. 09

^{*}Your personal information will be handled in accordance with the regulations of our institution.

あなたの じょうほうは、 びょういんの そとのひとに わからないように、 きをつけて つかいます。

^{*}We will take a copy of your photo ID for verification. しゃしんが ついている IDの コピーを とります。