

患者番号(ID) \_\_\_\_\_

申込年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

# 診療申込書

Patient Registration Form/就诊申请表/진료신청서

氏名 Name/姓名/성함	フリガナ			
生年月日 Date of birth /出生年月日/생년월일	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 Year/년 _____ 月 Month/월 _____ 曜 Day/일			
年齢 Age/年齢/연령	歳 years old/周岁/세	性別 Sex/性別/성별	<input type="checkbox"/> 男/Male/남 <input type="checkbox"/> 女/Female/여	
<b>住所</b> Address or accommodation in Japan/住址或在日本的在留地址/주소 혹은 일본 체류지 주소 〒				
<b>電話 (自宅)</b> Phone/电话/전화번호				
<b>電話 (携帯)</b> Mobile/手机号码/휴대전화				
<b>他医療機関からの紹介状をお持ちですか</b> Do you have a referral letter?/ 您是否持有转诊单/介绍信?/소개장을 가지고 계십니까?		<input type="checkbox"/> はい yes/是/있음 <input type="checkbox"/> いいえ no/否/없음		
<b>これまで当院を受診したことがありますか</b> Have you visited us before?/ 您以前来过这家诊所吗/ 지금까지 본원을 방문한 적이 있습니까?		<input type="checkbox"/> はい yes/是/네 <input type="checkbox"/> いいえ no/否/아니요		
保険の種類 Health insurance/ 保险种类/보험의 종류	<input type="checkbox"/> 日本の保険 Japanese health insurance/日本旣有保険/일본 보험 <input type="checkbox"/> 旅行保険 Travel insurance /旅行保険/여행자보험 <input type="checkbox"/> 保険に加入していない Uninsured/没有加入保険/보험에 가입되어 있지 않음			
ケガの場合	仕事中のケガですか 通勤中のケガですか 交通事故ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ	
希望する 診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> わからない
<b>マイナ保険証による診療情報取得に 同意しますか</b>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

当院は、マイナ保険証の利用や問診票などを通じて患者様の診療情報を取得・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・活用する為積極的にご利用ください。  
 ※患者様の個人情報管理は、院内の規定に基づきます。

**外国人の方は裏面も記入してください。**

**Foreign residents: Please fill in the reverse side of the form.**

## Residential address in your home country 自国住所：

Please scan the QR code below  
to enter your information.  
こちらのQRコードを  
読み取って入力してください。



<https://x.gd/zdayK>

## Emergency Contact Information 緊急連絡先

Name 氏名：\_\_\_\_\_

Telephone 電話：\_\_\_\_\_

Email メールアドレス：\_\_\_\_\_

Relationship 続柄：  Spouse 配偶者       Father 父       Mother 母  
 Sibling 兄弟姉妹       Child 子供  
 Relative 親戚       Friend/acquaintance 友人・知人  
 Other その他 ( )

We are committed to treating all patients' personal information with the utmost care. For details, please refer to the hospital website or the bulletin board in the hospital. Submission of this form constitutes acceptance of our policy.

Japanese patients are asked to give their comprehensive consent through the bulletin board. Please feel free to ask as if you have any questions about the contents.

当院のプライバシーポリシーについてご案内いたします。すべての患者様に対して、個人情報を大切に扱うことをお約束しています。詳細は院内の掲示物や病院のホームページをご覧ください。この用紙の提出をもって、プライバシーポリシーに同意されたものといたします。

日本人患者さまには、掲示物を通じて包括的な同意をお願いしておりますが、内容にご不明点がある場合はお尋ねください。

\*\*\*\*\*

## 【スタッフ記入欄】 For Office Use

申し込み： 年 月 日

国籍：\_\_\_\_\_

身分証明書： パスポート     在留カード     運転免許証    マイナンバーカード

滞在状況： 在留     訪日

対応言語：患者本人✓・緊急連絡先○

<input type="checkbox"/> 日本語	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 中国語	<input type="checkbox"/> 韓国語	<input type="checkbox"/> ロシア語
<input type="checkbox"/> ベトナム語	<input type="checkbox"/> タイ語	<input type="checkbox"/> スペイン語	<input type="checkbox"/> ポルトガル語	
<input type="checkbox"/> タガログ語	<input type="checkbox"/> ネパール語	<input type="checkbox"/> フランス語	<input type="checkbox"/> ヒンディー語	
<input type="checkbox"/> モンゴル語	<input type="checkbox"/> インドネシア語	<input type="checkbox"/> ペルシア語	<input type="checkbox"/> ミャンマー語	
<input type="checkbox"/> 広東語	<input type="checkbox"/> アラビア語	<input type="checkbox"/> ウルドゥー語	<input type="checkbox"/> ラオス語	
<input type="checkbox"/> ベンガル語	<input type="checkbox"/> 台湾語	<input type="checkbox"/> イタリア語	<input type="checkbox"/> クメール語	
<input type="checkbox"/> ダリー語	<input type="checkbox"/> マレー語	<input type="checkbox"/> ドイツ語	<input type="checkbox"/> パシュトー語	
<input type="checkbox"/> シンハラ語	<input type="checkbox"/> トルコ語	<input type="checkbox"/> タミル語	<input type="checkbox"/> ウクライナ語	

※パスポートのコピーは必ず取ってください。

コピーとりました。

日本語以外の言語対応が必要な場合はまわり票の右上に言語を記載し、紫色のファイルに入れる。