



診療申込 Registration

今までに当院で診察を受けたことがありますか? Have you ever been to this hospital?

紹介状はお持ちですか? Were you referred from another hospital or doctor?
If so, Do you have a referral letter from another hospital or clinic?

診察や検査の予約はありますか? Do you have an appointment?

当院の診察券をお持ちの方
診察券番号
Your Hospital ID No.

登録内容の変更 Changes of Registered Information

姓名変更 Change of Name 保険証変更 Change of Insurance Card

住所変更 Change of Address その他の変更 Change of Others

電話番号変更 Change of Phone Number

当院の診察券をお持ちの方は、氏名・性別、生年月日と受診を希望される診療科を記入してください。

姓や住所・連絡先などに変更があった場合は、変更箇所の記載をお願いします。

英文での案内表示・領収証発行を希望される方

Please check the blank if you request information display / receipt issued in English

フリガナ		旧姓 Maiden Name	性別 Sex
氏名			1. 男 (M) 2. 女 (F)
Name	Family Name	First Name	
生年月日 Date of Birth	明治・大正・昭和・平成	年 Y	月 M 日 D (歳) (Age)
住所 Address	〒 _____		
連絡先 Phone Number	必要時に病院から連絡をとることができる電話番号をご記載ください。※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話の記載もお願い致します。 Please note phone number where we can reach you as needed		
	①固定電話: Home Phone	_____	_____
	②携帯電話等: Mobile Phone	_____	_____

本日、予約がない場合、受診希望診療科に○を付けてください。

(If you don't have any appointment, please indicate the department you would like to visit today: _____)

総合内科	専門内科				精神科	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器内科	小児科	外科	乳腺科	整形外科	形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	アレルギー科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリ科	放射線科	口腔外科	セカンドオピニオン	緩和ケア外来
	血液内科	膠原病内科	腎臓内科	内分泌代謝科																							

以下、病院記載欄 Below for hospital use -----

- 交通事故 一般保険 自費 労働災害(公務災害) 産科 健康診断 公費(生保など)

確認日

初診受付	入力者	案内
_____	_____	_____

ID _____