



■ 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?

■ 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

■ 診察券をお持ちの患者さん

診察券番号 Your Hospital ID No.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

診察券をお持ちでない患者さんはご記入不要です

※保険証の記載内容に変更が生じた場合は、窓口までお申し出ください

■ 患者さん情報 太枠内を全てご記入ください

フリガナ		旧姓 Maiden Name	性別 Sex
氏名 Name	Family Name	First Name	男 (M) / 女 (F)
生年月日 Date of Birth	明治・大正・昭和・平成・令和	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入ください ※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話の記入もお願いします Please note phone number where we can reach you as needed		
	① 固定電話: Home Phone	_____	<input type="checkbox"/> ご連絡の際に優先するお電話番号があれば□に✓をご記入ください
	② 携帯電話等: Mobile Phone	_____	<input type="checkbox"/> どちらでも宜しい場合は✓のご記入は不要です

■ 受診される診療科に○を付けてください ご予約がない場合、受診希望の診療科に○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 : _____)

★は完全予約制の診療科につき、診察には事前のご予約が必要です

	★	★						★						★				★	★			★		★	★					
総合内科	血液内科	リウマチ膠原病内科	腎臓内科	糖尿病内分泌内科	脳神経内科	呼吸器内科	アレルギー科	呼吸器外科	消化器内科	脳神経外科	循環器内科	心臓血管外科	メンタルケア科	小児科	一般・消化器外科	乳腺外科	整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線診断科	放射線治療科	歯科口腔外科	緩和ケア内科	臨床腫瘍科	遺伝診療科	セカンドオピニオン

以下、病院記入欄 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 _____