

診療申込用紙 (Application Form)

*該当するものに○印をつけて下さい。(Circle the number that applies)

20 年 Year 月 Month 日 Day

- 1 診 察 申 込 み Application for consultation
- 2 住 所 変 更 Change of address
- 3 氏 名 変 更 Change of name
- 4 カ ー ド 再 発 行 Reissue of ID CARD

受診料 Consultation Fee



日本赤十字社医療センター
Japanese Red Cross Medical Center

ID No

| | | | | |
|------------------------------|---|--------------|---------------|----------------|
| (フリガナ) | | | 性別 Gender | 旧姓 Maiden name |
| 氏 名 Name | | | 1 男 M | |
| | | | 2 女 F | |
| | 姓 Family Name | 名 First Name | | |
| 生年月日 Date of Birth | 1 · 2 · 3 · 4 · 5 | 年 | 月 | 日 |
| | 明 · 大 · 昭 · 平 · 令 | Year | Month | Day |
| (フリガナ) | | | | |
| 住 所 Address (in Japan) | 〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | | 電 話 Phone | () |
| | 都 道 | 区 市 | 携 帯 Mobile | () |
| | 府 県 Prefecture | 郡 City | | |

| | |
|--|-------------------------------|
| 緊急連絡先 Emergency contact details | |
| 氏 名 Name | 患者との関係 Relationship |
| 住 所 Address | |
| 電 話 (自宅) Phone No.(Home) | 電 話 (携帯) Phone No.(Mobile) |

| | | |
|---|-------|------|
| 今までに当センターで診察を受けたことがありますか? Have you visited this hospital before? | 有 Yes | 無 No |
| 日本の健康保険証は持っていますか? Do you have Japanese health insurance? | 有 Yes | 無 No |
| 紹介状をお持ちですか? Do you have a referral letter? | 有 Yes | 無 No |

| | |
|---|---------------|
| 紹介状がないため、診療費の他に選定療養費を支払うことを了承します。金額:11,000円 I agree to pay the extra fee in addition to the consultation fee because I don't have a referral letter. Fee: ¥11,000 | 署名: Signature |
|---|---------------|

| | |
|--|--|
| 国籍が日本以外の方は記入してください Please fill out the following if don't have Japanese nationality. | |
| 日本語の可否 Do you speak Japanese? | 可 Yes 否 No |
| 母国語 First language | <input type="checkbox"/> : 英語 English <input type="checkbox"/> : 中国語 Chinese <input type="checkbox"/> : スペイン語 Spanish <input type="checkbox"/> : その他 Others() |
| 国籍 Nationality | |
| 証明書の種類 Types of ID | <input type="checkbox"/> : 在留カード Residence card <input type="checkbox"/> : パスポート Passport <input type="checkbox"/> : 免許証 Driver's license ※証明書は写しをいただきますので、ご了承ください。 ※We will take a copy of your ID. We appreciate your understanding. |

| | |
|---|--|
| 日本の保険証を持っていない方、日本に居住していない方のみ記入してください Please fill out the following if you don't have Japanese health insurance or if you don't live in Japan. | |
| 日本での滞在状況を教えてください Your status of stay in Japan | |
| <input type="checkbox"/> : 短期滞在 Short-term stay | |
| ↳ <input type="checkbox"/> : ビジネス Business <input type="checkbox"/> : 旅行 Vacation <input type="checkbox"/> : 診療目的の来日 Visiting Japan for medical treatment | |
| <input type="checkbox"/> : 留学生 Student <input type="checkbox"/> : その他 Other () | |