

希望就诊科室 (受診希望の診療科)	<input type="checkbox"/> 内科(内科)	<input type="checkbox"/> 泌尿科(泌尿器科)
	<input type="checkbox"/> 神经内科(神経内科)	<input type="checkbox"/> 器官移植科(臓器移植科)
	<input type="checkbox"/> 精神科(精神科)	<input type="checkbox"/> 妇产科(産婦人科)
	<input type="checkbox"/> 儿科(小児科)	<input type="checkbox"/> 眼科(眼科)
	<input type="checkbox"/> 外科(外科)	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科(耳鼻咽喉科)
	<input type="checkbox"/> 整形外科(形成外科)	<input type="checkbox"/> 放射线科(放射線科)
	<input type="checkbox"/> 脑神经外科(脳神経外科)	<input type="checkbox"/> 麻醉科(麻酔科)
	<input type="checkbox"/> 骨科(整形外科)	<input type="checkbox"/> 缓和医疗科(緩和医療科)
	<input type="checkbox"/> 康复科(リハビリ科)	<input type="checkbox"/> 临床肿瘤科(臨床腫瘍科)
	<input type="checkbox"/> 皮肤科(皮膚科)	<input type="checkbox"/> 牙科口腔外科(歯科口腔外科)
拼音(フリガナ)		性別(性別)
姓名(氏名)	姓(氏)	名字(名)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生年月日(生年月日)	年 / 月 / 日	母语(母国語)
家庭地址(住所)	〒 邮局号码	国籍(国籍)
		宗教(宗教)
电话(1.自家 2.手机 3.紧急联络方式)		
1.家庭电话	—	—
2.手机电话	—	—
3.紧急联络方式	—	— 与患者的关系(続柄)【
保险证 (保険証)	您有没有日本的保险?(日本の保険証を持っていますか?)	
	<input type="checkbox"/> 有(はい。持っています。) <input type="checkbox"/> 没有(いいえ。持っていません。)	
介绍方法 (紹介方法)	请在符合的项目上打勾。(本日の受診で該当するものがある場合を☑してください。)	
	<input type="checkbox"/> 介绍信、治疗信息提供书(紹介状・診療情報提供書)	
	<input type="checkbox"/> 带来了体检结果表(健康診断等の結果票)	
	<input type="checkbox"/> 被救护车送来(救急車来院)	
	<input type="checkbox"/> 其他途径(いずれにも該当しない)	
◆如果您接受以下治疗与检查的时候,您需要写同意书。		
当院では以下の侵襲的な治療ないし検査には個別の同意書を頂きます。		
如果您接受除了手术、介入治疗、内窥镜、全身或局部麻醉、适度的或强度的镇痛、造影剂检查、抗癌药。		
(※1)其他的一般的诊疗行为,如诊察、看护、开药、打针、普通的影像检查、采血、采尿、生理学检查、细菌检查、康复训练、营养指导等,请在此申请表下边签上您的姓名和日期。		
「手術、血管撮影、血管内治療、内視鏡、全身麻酔、腰椎麻酔、脊髄硬膜外麻酔、中等度以上の鎮静、抑制、造影剤検査、抗がん剤使用等」を除く、通常の診療行為(※1)に関しては、この診療申込書の記載をもって、同意の代わりとさせていただきます。		
通常の診療行為: 診察、看護、投薬、注射、画像検査、採血、採尿、生理学的検査、細菌検査、リハビリ訓練、栄養指導		
◆初诊的时候,除了诊疗费以外,还需要付初步诊察费7700日元(包括税款在内)如果带来指定我们医院的病情介绍等的话,可以免交初步诊察费。		
初診にかかる費用として、選定療養費 ¥7,700(税込)を徴収しております。(紹介状持参・その他を除く)		
◆如果您希望使用口译人员的话,请阅读以下注意事项。		
通訳を希望される場合は、以下の注意点をお読みください。		
・口译人员有保密义务。所以患者的个人隐私将被保护。而且除了提供医疗服务以外,不能使用患者的个人信息。		
通訳者には守秘義務があり、患者さんのプライバシーは保護されます。また患者情報は医療サービス提供以外の目的では使用されません。		
・因为文化和医疗环境不同,口译人员们的翻译会有一定的差异。		
通訳における表現が適切ではないことがあります。		
◆我们不一定满足宗教上的所有的要求。		
宗教上の依頼全てに対応できるとは限りません。		
◆诊疗中,如果发生问题的话,按照日本法律在日本国内裁判所解决问题。		
診療に置いて問題が生じた場合、日本の法律に従い日本国内の裁判所において対応させていただきます。		
如果同意以上事宜,请签名。以上の内容に同意をし、診療を申し込みます。		
日期日付	_____	签字署名
_____	_____	_____
未成年人(未满20岁)患者,请签署父母或监护人的姓名。		
患者が未成年の場合、親もしくは認められた保護者の名前を記入して下さい。		
日期日付	_____	签字署名
_____	_____	_____

受付時間	受付者	対応言語	備考	確認
連絡事項	住所変更・電話番号変更・氏名変更(旧姓:)・保険変更・FAX予約			