

Please check the department you would like to visit today (受診希望の診療科)	<input type="checkbox"/> Internal Medicine (内科)	<input type="checkbox"/> Urology (泌尿器科)
	<input type="checkbox"/> Neurology (神経内科)	<input type="checkbox"/> Transplant (臓器移植科)
	<input type="checkbox"/> Psychiatry (精神科)	<input type="checkbox"/> Obstetrics & Gynecology (産婦人科)
	<input type="checkbox"/> Pediatrics (小児科)	<input type="checkbox"/> Ophthalmology (眼科)
	<input type="checkbox"/> Surgery (外科)	<input type="checkbox"/> Otolaryngology (耳鼻咽喉科)
	<input type="checkbox"/> Plastic Surgery (形成外科)	<input type="checkbox"/> Radiology (放射線科)
	<input type="checkbox"/> Neurosurgery (脳神経外科)	<input type="checkbox"/> Anesthesiology (麻酔科)
	<input type="checkbox"/> Orthopedic Surgery (整形外科)	<input type="checkbox"/> Palliative Medicine (緩和医療科)
	<input type="checkbox"/> Rehabilitation Medicine (リハビリ科)	<input type="checkbox"/> Medical Oncology (臨床腫瘍科)
	<input type="checkbox"/> Dermatology (皮膚科)	<input type="checkbox"/> Dentistry & Oral Surgery (歯科口腔外科)

Kana (フリガナ)			Gender (性別)
Name (氏名)	Family Name (氏)	Given Name (名)	<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女
			Native Language (母国語)
Date of Birth (生年月日)	Year 年 /	Month 月 /	Day 日 /
Address (住所)	〒 — —		Nationality (国籍)
			Religion (宗教)
電話番号 (1. 自宅 2. 携帯 3. 緊急連絡先)			
1. Telephone No.	—	—	
2. Mobile No.	—	—	
3. Emergency Contact No.	—	—	Relationship (続柄) 【 】

Health Insurance (保険証)	Do you have a Japanese health insurance? (日本の保険証を持っていますか?) <input type="checkbox"/> Yes (はい。持っています。) <input type="checkbox"/> No (いいえ。持っていません。)
Referral Letter (紹介方法)	Please check <input checked="" type="checkbox"/> the box all corresponding. (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"/> Bring a referral letter (紹介状・診療情報提供書) <input type="checkbox"/> Bring a result of medical check up (健康診断等の結果票) <input type="checkbox"/> Ambulance transport (救急車来院) <input type="checkbox"/> Not applicable (いずれにも該当しない)

◆ Informed consents will be obtained separately when you receive invasive treatments or examinations. (Listed below)
 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。

- Concerning the usual medical practices (※1), your signature on this registration form is replaced with these consent forms. (Except for Surgery, Angiography, Vascular IVR, Endoscope, General Anesthesia, Spinal Anesthesia, Spinal Epidural Anesthesia, Moderate and Deep Sedation, Restraint, Contrast radiography taking Chemotherapeutic Agents, and so on.)
 「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。
- (※1) the usual medical practices: Clinical Consultation, Nursing Care, Administration (Medicines), Injection, Imaging, Blood Collection, Urine Sampling, Physiological Examination, Bacteriological Examination, Rehabilitation, Nutrition Education.
 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
- ◆ At the first medical visit, we collect 7,700 JPY (included tax) as a co-payment. (Exceptions: such as bringing a referral letter)
 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)。
- ◆ If you use an interpretation service, please read the following information carefully.
 通訳を希望される場合は、以下の注意点を御覧ください。
- The Interpreter is obligated to protect your private information, and the information will not be used for any purposes other than the provisions by medical services.
 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。
- All interpretation may not be delivered accurately.
 通訳における表現が適切ではないことがあります。
- ◆ Not all religious requests can be arranged (we will try our best).
 宗教上の依頼全てに対応できるとは限りません。
- ◆ If any medical issues occur at this hospital, all issues are handled and resolved according to the Japanese Law and Japanese judicial systems inside Japan.
 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。

I understand and agree with above contents. 以上の内容に同意をし、診療を申し込みます。

Date日付 _____ Signature署名 _____

If the patient is under age of 20, please write the name of parents of patient or a guarantor.
 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。

Date日付 _____ Signature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			