PATIENT REGISTRATION FORM/ 診療申込書

Please fill in the framed area and check the appropriate boxes.　　年　月　日

/ 下記枠内に記入し、□は該当箇所にチェックマークを付けてください　　No.

➢ Name/ 氏名	Sex/ 性別	☐Male/ 男　☐Female/ 女
	Date of birth /生年月日　西暦 YYYY/MM/DD	Year/ 年/　month/ 月/　day 日

➢ Address or accommodation in Japan/ 日本国内の住所または滞在先

Address in home country(for short-term visitors only)/ 本国の住所（短期滞在者のみ）

➢ Immigration status in Japan/ 日本での滞在状況	Phone No.(Home) / 電話番号（自宅）
☐ Resident/ 居住　☐ Short-term stay/ 短期滞在 ☐ Student/ 学生　☐ Other/ その他	ー　ー
	Phone No.(Mobile) / 電話番号(携帯) ー　ー

➢ Purpose of the visit to this clinic/ 来院目的

☐ Sickness/ 病気　☐ Immunization/ 予防接種
☐ Health checkup/ 健康診断　☐ Other/ その他(　)

➢ Nationality/ 国籍	➢ Special requirements for religious reasons/ 宗教上の理由で特別に配慮が必要な事項

➢ How do you know this clinic/ 当院を何で知りましたか

☐ Recommended / 紹介 (　by/ 様より　)
☐ In the vicinity of this clinic/ 近所、通りがかり
☐ Advertisement/ 広告
☐ Internet/ インターネット Web ページ
☐ Other/ その他　(　)

➢ Do you have a referral letter?/ 紹介状をお持ちですか？　☐Yes　☐No
➢ Do you have an appointment?/ 予約していますか？　☐Yes　☐No

➢ Type of health insurance/ 健康保険証の種類

☐ Japanese health insurance/ 日本の健康保険　(☐public/ 公的　☐private/ 民間)
☐ Overseas health insurance/ 海外の健康保険
(name of insurance company/ 保険会社名:　)
***Please present your insurance certificate or related documents if available.**
/保険証や関連書類をお持ちの場合はご提示ください。
☐ Uninsured/ 無保険

Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.
/ 個人情報は、法令の定めに従い適正に取り扱い、医療の目的以外で使用いたしません。

こども支援総合クリニック
もりかわよしゆき小児科