

Patient Registration Form /診療申込書

カード	本・自・フ
保険証 返却	
デジタイズ	

※ Patients without a referral letter will be charged an additional fee of ¥7,700 (Sentei Ryoyohi) at their first visit. / 紹介状なしの初診は選定療養費（¥7,700）がかかります。

※ If you are unsure which department to visit, please consult at the medical consultation counter.
/ 受診科がご不明の場合は、診療相談窓口にてご相談下さい。

・ Personal information provided on this form may be used for medical-related purposes and follow up on any outstanding medical fees. (In cases of non-payment, information may be disclosed to the Japan Immigration Services Agency. /ご記入いただいた個人情報につきまして、診療にかかわる業務のほか、診療費用の支払が滞った場合などの連絡に利用することがあります。（診療費用の支払が滞った場合には、日本の出入国在留管理庁に提供することがあります）

・ Medical information may be shared with healthcare institutions overseas.
/診療にかかわる情報を海外の医療機関と共有する場合があります。

・ If deemed necessary by the treating physician, medical records may be requested from your previous healthcare providers. Any costs incurred will be borne by the patient. /医師が診療に必要と判断した場合、過去にご自身がかった医療機関から診療情報の提供を受けることがあります。その際、発生する費用については、原則患者さん自身にご負担いただきます。

・ Any medical disputes arising in Japan shall be governed by Japanese law. All disputes related to treatment at this hospital, including mediation proceedings, shall fall under the jurisdiction of the Yokohama Summary Court or Yokohama District Court. /日本国内における医療紛争は日本の裁判管轄とされ、準拠法として日本法の適用により紛争解決が図られます。当院の診療に関する一切の紛争（裁判所の調停手続きを含む）は、横浜簡易裁判所又は横浜地方裁判所が管轄です。

☐ I have read and agree to all of the above. /上記のすべての内容に同意します。

Today's Date / 日付 : YYYY / MM / DD

他	初								一	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--

カタカナ Name /氏名（拼音）		Sex /性別	☐ Male /男 ☐ Female /女
Date of Birth /生年月日	Year /年 Month /月 Day /日	Age /年齢	years old /歳
Address / Accommodation in Japan /日本の住所・滞在先			
Home Country Address /本国住所（短期滞在者のみ）			

Please fill in this section as a reference for understanding the needs and statistics of our international patients. Your cooperation is appreciated. /外国人患者のニーズや統計の参考とするため、記入にご協力をお願いします。

Phone /電話		Preferred Language /主要言語	Main language /第一言語: Japanese level /日本語レベル: ☐ Fluent /流暢 ☐ Conversational /日常会話 ☐ Basic /基礎のみ ☐ None /話せない ☐ Can read Japanese / 日本語の読み取り可
Religious / Special Needs (if any) /宗教上の配慮事項		Nationality /国籍 * Optional/任意	

Emergency Contact / 緊急連絡先

Name /氏名		Relationship /患者との関係	
Phone /電話		Preferred Language /主要言語	
Address /住所			

Residential Status in Japan / 日本での滞在状況

- ☐ Permanent Resident /永住者 ☐ Work Visa /就労ビザ ☐ Dependent (spouse/family) /扶養家族
☐ Student /留学生 ☐ Other /その他: _____
☐ Short-term stay /短期滞在 → Purpose /目的: ☐ Business /ビジネス ☐ Vacation /旅行 ☐ Medical visit /医療目的

Visit Details / 受診情報

Have you traveled overseas (excluding Japan) in the last 3 months? 過去 3 か月以内に日本以外への海外渡航歴はありますか？	☐ No /なし ☐ Yes /あり → Country /地域: _____ Duration /期間: _____ days/日
Is this your first visit to this hospital? /当院の受診は初めてですか	☐ Yes /はい ☐ No /いいえ
Do you have a referral letter? /紹介状はありますか	☐ Yes /あり ☐ No /なし
Do you have an appointment? /予約はしていますか	☐ Yes /あり ☐ No /なし

Health Insurance / 保険の種類

- ☐ Japanese health insurance /日本の保険 (☐ Public /公的保険 ☐ Private /プライベート保険)
☐ Overseas health insurance /海外の保険
Insurance company name & tel / 保険会社名・電話: _____
☐ Uninsured /保険に加入していない * Please present your insurance card / マイナ保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください

Medical Department(s) You Would Like to Visit / 希望される診療科

02 ☐ Pediatrics / 小児科	04 ☐ Orthopedics / 整形外科
05 ☐ Dermatology / 皮膚科	06 ☐ Urology / 泌尿器科
07 ☐ Obstetrics / 産科	07 ☐ Gynecology / 婦人科
08 ☐ Ophthalmology / 眼科	09 ☐ Otolaryngology / 耳鼻咽喉科
11 ☐ Neurology & Psychiatry / 神経精神科	12 ☐ Neurology / 脳神経内科
13 ☐ Neurosurgery / 脳神経外科	13 ☐ Neurosurgery/ 脳血管内治療科
14 ☐ Anesthesiology / 麻酔科	15 ☐ Rehabilitation / リハビリ科
16 ☐ Respiratory Medicine / 呼吸器内科	17 ☐ Gastroenterology / 消化器内科
18 ☐ Cardiovascular Medicine / 循環器内科	19 ☐ Dentistry & Oral Surgery / 歯科口腔外科
41 ☐ Nephrology / 腎臓内科	42 ☐ Diabetes & Rheumatology / 糖尿病リウマチ内科
43 ☐ Hematology / 血液内科	44 ☐ Oncology / 腫瘍内科
45 ☐ Infection Medicine / 感染症内科	51 ☐ Plastic Surgery / 形成外科
52 ☐ Respiratory Surgery / 呼吸器外科	53 ☐ Cardiovascular Surgery / 心臓血管外科
54 ☐ Gastrointestinal Surgery / 消化器外科	55 ☐ Inflammatory Bowel Disease / 炎症性腸疾患科
56 ☐ Breast Surgery / 乳腺外科	60 ☐ Radiation Oncology / 放射線治療科
61 ☐ Radiology / 放射線診断科	81 ☐ Emergency Department / 救急診療科
83 ☐ Palliative Care / 緩和ケア内科	

*** We will take a copy of your residence card or passport for verification.**

/ 在留カードあるいはパスポートのコピーをとらせていただきます。

- ☐ Residence Card / 在留カード ☐ Passport / パスポート

入力	
変更	・氏名 ・住所 ・電話