カード	保険証
本・自・フ	自・
デジタイズ	保険証返却

Patient Registration Form
/診療申込書

※ If you are new patient and without a referral letter, you will be charged ￥7,700 (Sentei Ryoyohi)for the first time. /紹介状をお持ちでない方は、診療費とは別に初診時保険外併用療養費（選定療養）がかかります。

※ If you are not sure which department you are going to see, please ask 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。

- The personal information on this document may be used for purposes, such as operations concerning medical consultation and notification of late payment of medical expense. (It may be provided to the Immigration Services Agency of Japan in the event that payment of medical fees is overdue) /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）
- Information related to medical treatment may be shared with overseas medical institutions. / 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 the doctor deems it necessary for medical treatment, we may get your medical information from previous medical institutions. In this case, you will be responsible for all costs incurred. / 医師が診療に必要と判断した場合、過去にご自身がか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。
- Medical disputes arising in Japan are subject to the jurisdiction of Japan and will be resolved by according to Japanese law as the governing law. The Yokohama Summary Court or Yokohama District Court shall have jurisdiction over all disputes related to medical treatment at the Hospital (including court arbitration proceedings). / 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。

※☐ **Please check here to indicate that you have read and agree to the above.**
上記の内容に同意し、チェックして下さい。

Today's Date日期： yyyy mm dd	他	初								—	

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 or accommodation in Japan / 住所又は日本での滞在先			
Address in home country (for short-term visitors only) / 本国の住所（短期滞在者のみ）			

Please complete this section to help us better respond to the needs and statistics of our international patients./ 外国人患者さん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	
Special consideration required for religious reason (if any) / 宗教などの理由により 特別に配慮が必要な事項		**Nationality** /国籍 ＊Optional/任意	

Emergency contact details / 緊急連絡先

Name /氏名		**Relationship** /患者との関係	
Phone No. / 電話		**Preferred language** /主要言語	
Address /住所			

Residential status in Japan / 日本での滞在状況を教えて下さい。

☐ Resident/居住　☐ Short-term stay/短期滞在 (☐Business/ビジネス ☐Vacation/旅行)
☐ Student/留学生　☐ Other/その他(　　)

Have you traveled overseas excluding Japan in the last month?
/過去１か月以内に海外への渡航歴はありますか？

☐ No/なし
☐ Yes/あり

●**Is this your first visit to this hospital/clinic?**
/当院の受診は初めてですか。

☐ No/いいえ
☐ Yes/はい

●**Do you have a referral letter?**
/紹介状はありますか。

☐ No/なし
☐ Yes/あり

●**Do you have an appointment?**
/予約はしていますか。

☐ No/なし
☐ Yes/あり

Type of 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
(Name & Tel of insurance company / 保険会社名・電話：　　)

*Please present your primary and/or other health insurance card /マイナ保険証やその他の医療証をお待ちの場合はご提示ください

☐ Uninsured / 保険に加入していない

Medical departments 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 and 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/リハビリテーション科
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 and Oral surgery/歯科口腔外科
41☐ Nephrology/腎臓内科
42☐ Diabetes and 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（IBD）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

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given prevail.