



診療申込書 REGISTRATION

ID No.	受診日 Date : (mm/dd/yy)		
(フリガナ)			旧姓 Maiden name
氏名 NAME	(Family Name)	(First Name)	性別 SEX 1. 男 M 2. 女 F
生年月日 BIRTH DATE	明・大・昭・平	年 月 日 (才)	国籍 NATIONALITY
	Year	Month	Day
住所 ADDRESS (In JAPAN)	〒 [][] - [][] [][]		
第1連絡先電話番号 Primary Phone Number	必要時病院から連絡してよい番号をご記入ください Please provide a phone number we can reach as needed. 自宅・携帯電話・その他 () Home · Mobile · others ()		
第2連絡先電話番号 Secondary Phone Number	自宅・携帯電話・その他 () Home · Mobile · others ()		
勤務先名 Place of employment	TEL ()		
今までに当院で診察を受けたことがありますか? Have you ever been to this hospital? Do you have Japanese health insurance ?	有 · 無 Yes · No Yes · No	紹介状 Do you have a referral letter from another hospital?	有 · 無 Yes · No

※ ご希望の科に○をつけて下さい。

Which department would you like to visit today ? (Please circle the number)

裏面もご記入ください
Please also see reverse

01 内科 () Internal Medicine	21 胸部外科 Thoracic-Surgery	31 耳鼻咽喉科 Otolaryngology	37 小児外科 Pediatric Surgery
12 一般内科(予約なし内科) General Internal Medicine	22 循環器内科・心臓血管外科 Cardiovascular Internal Medicine Cardiovascular Surgery	32 整形外科 Orthopedics	38 公衆小児科 Well Baby Clinic
15 緩和ケア Palliative Care	23 形成外科 Reconstructive-Surgery	33 眼科 Ophthalmology	40 救急部外来 Emergency Medical Care
18 皮膚科 Dermatology	24 プレストセンター Breast Center	34 口腔外科 Oral Surgery	51 放射線科 Radiology
19 精神科 Psychiatry	26 女性総合診療部 Integrated Women's Health	35 脳神経外科 Neurosurgery	
20 消化器・一般外科 Surgery	30 泌尿器科 Urology	36 小児科 Pediatrics	

この用紙のご記入をもって、当院における運営の基本方針を理解した上で、当院での診察、投薬、各種検査(入院時のHBV、HCV、HIV検査を含む)等に同意されたものとさせていただきます。このほか特別に同意書の提出が必要な処置・手術に関しては、院内掲示をご覧ください。[受診される皆様の権利][受診される皆様に守っていただく事]に関する掲示もございます。なお、当院は教育病院であり、診察・治療において医学生・研修医が参加することがあります。ご理解とご協力をお願いいたします。

By signing this registration form, you are considered to have understood our "Objectives of the Hospital Management" and agreed with the consultation, medication and various tests including HBV·HCV·HIV to be carried out in the hospital.
In addition, please refer to information sheet posted for the treatments and surgeries which especially requires the submission of the consent form.
Also, "Patients' Rights" and "Patients' Responsibilities" are posted.
Furthermore, as we are recognized as a teaching hospital, medical student and resident may attend the consultation and treatment.
Thank you for your understanding and cooperation.

受付	説明	入力	案内

95・98・93(交)・91(労)・95→91(労災予定)

入力処理後、予約センターへ



「かかりつけ医」確認用紙

かかりつけ医とは、病気になったときに相談できる身近なお医者さんのことです。具合が悪い時にかかる病院（クリニック・診療所）がある方、普段から診察を受けている・お薬をもらっている病院がある方は「かかりつけ医」として登録させていただきます。

分かる範囲で構いませんので下記項目にお答えください。

- 病院名 _____
 - 診療科 _____ 医師名 _____
 - 住所 _____
 - 電話番号 _____
 - どんな病気でおかかりですか？ _____
- 例) 具合が悪い時・糖尿病・高血圧・腰痛・風邪

: 紹介元をかかりつけ医として登録

----- 以下病院使用欄 -----

患者ID	氏名	当日受診科