

MEDICAL FORM FOR REGISTRATION / 診察申込用紙

DATE OF REGISTRATION: / / (DD/MM/YY)

- Is this the first time to see a doctor ? / 当院の受診は初めてですか。
 - Yes / はい ・ No / いいえ (Date of the last time: / / (DD/MM/YY) / 前回受診日)
- The reason to see a doctor Disease・Injury Traffic accident Occupational accident

来院の理由を教えてください。 疾病(病気)・(右記以外の)けがなど 交通事故 仕事中の受傷

ID			
Service/ 外来受診科	General medicine (一般内科)・Cardiology (循環器内科)・Nephrology (腎臓内科)・Neurology (脳神経内科) Gastroenterology (消化器内科)・Diabetes, endocrinology and metabolism medicine (糖尿病・内分泌代謝内科)・ Hematology (血液内科)・Respiratory medicine (呼吸器内科)・General surgery (外科・消化器外科)・ Breast surgery (乳腺科)・Palliative care (緩和ケア科)・Cardiovascular surgery (心臓血管外科)・ Pulmonary surgery (呼吸器外科)・Neurosurgery (脳神経外科)・Orthopedic surgery (整形外科)・ Pediatrics (小児科)・Ophthalmology (眼科)・Obstetrics and Gynecology (女性診療科・産科)・ Otolaryngology (耳鼻咽喉科)・Dermatology (皮膚科)・Urology (泌尿器科)・Radiology (放射線科)・ Mental health (メンタルヘルス科)・Pain clinic (ペインクリニック)・ Plastic and reconstructive surgery (形成外科)・Rehabilitation (リハビリテーション科)・ Emergency and critical care (救急科)・Dental clinic (歯科)		
Name/氏名		Gender/性別	<input type="checkbox"/> Male/男 ・ <input type="checkbox"/> Female/女
Date of birth/生年月日	年 月 日	Age/年齢	_____ years old
Nationality/国籍			
Address/住所			
Phone/電話		E-mail	@

Emergency contact details/緊急連絡先			
Name/氏名		Relationship to patient/関係	
Address/住所			
Phone/電話		E-mail	@

● Do you have a referral letter from other medical institutes ? (紹介状はお持ちですか。)

YES/あり (Name of the medical institute/紹介元医療機関名: _____) ・ No/なし

If you don't have an referral letter form other medical institutes, the additional fee 7,700yen is charged except for an emergency case.
 他医療機関からの紹介状をお持ちでない場合、保険外併用療養費7,700円(税込)のお支払いをいただきます。

● Do you have an insurance policy ? (保険の加入はございますか。)

Yes/あり (Japanese one / 国内健康保険
 International/Overseas travel insurance (_____) / 海外民間・旅行保険
 No/なし

*Concerning Japanese insurance, the policy's validity would be checked per month. Therefore, please bring it with you, especially when you come to us next month or later. If you can't show us Japanese insurance every month, you might have to pay the treatment fee by your own expense without confirming Japanese insurance.
 月に1度、保険資格の確認をさせていただいておりますので、月が変わってご来院される場合には必ず保険証をご持参ください。保険証をお持ちいただけない場合には、自費扱いとなることもありますので十分ご注意ください。

*Understanding and cooperation would be much appreciated if you fill out in other side to provide safety service.
 外国籍の方は、安全な医療提供のため、裏面の資料にもご記載いただきますようご協力をお願いいたします。



Nippon Medical School
 Chiba Hokusoh Hospital
 1715 Kamagari, Inzai, Chiba 270-1694,

EN *Understanding and cooperation would be much appreciated if you fill out in other side to provide safety service.

○Please let us know about stay in Japan. / 日本での滞在状況を教えてください。	
<input type="checkbox"/> Resident (6 months and over) / 居住(6ヶ月以上)	
<input type="checkbox"/> Short stay (3 months and less) / 短期滞在(3ヶ月以内)	
<input type="checkbox"/> Travel / 旅行 ・ <input type="checkbox"/> Business / ビジネス	
<input type="checkbox"/> Visitor for relatives (6 months and less) / 親族訪問 (6ヶ月以内)	
<input type="checkbox"/> Overseas study / 留学 <input type="checkbox"/> Others() / その他	

○Using languages etc. / 使用言語など	
Mother tongue / 母国語	
Other languages / 母国語以外で話せる言語	
○If possible, please inform us of your level of Japanese literacy / 日本語レベルを教えてください	
<input type="checkbox"/> Japanese speaker / 話せる	
<input type="checkbox"/> Daily conversation / 日常会話 ・ <input type="checkbox"/> Business / ビジネスレベル ・ <input type="checkbox"/> Native / ネイティブレベル	
<input type="checkbox"/> Non-Japanese speaker / あまり話せない	
○Request of medical interpreter / 医療通訳の希望有無	
<input type="checkbox"/> Necessity / 必要	
<input type="checkbox"/> No necessity* / 必要なし	

*Regardless of your request, if a patient or medical staff decide to need medical interpreter to provide medical service for sure, we might post medical interpreter for you. The fee is as follows.

※通訳ご希望の有無にかかわらず、患者さんおよび医療従事者が日本語でのコミュニケーションを困難と判断した場合には、医療通訳を手配させていただくことがあります。通訳料金は以下となります。

①Japanese Health Insurance	②Non-Japanese Health Insurance
Initial fee: 1,650yen (tax included)/30min.	Initial fee: 6,600yen (tax included)/30min.
Additional fee: 1,100yen (tax included)/10min.	Additional fee: 2,200yen (tax included)/10min.

①日本の公的保険に加入している場合	②日本の公的保険に加入していなく、医療費が自費になる場合
30分以内1,650円	30分以内6,600円
以降10分毎に1,100円	以降10分毎に2,200円

○Considerations due to religions (宗教等の理由により特別の配慮が必要な事項)	
<input type="checkbox"/> Foods / 食べ物 (Inedible things etc. / 食べれないもの等:)
<input type="checkbox"/> Others / その他 ()

*The personal information provided will be dealt with only to do medical services, charges for the payer and administrative procedures.

※ご提供いただいた個人情報は「患者様へ提供する医療サービスのため」「医療保険事務」「管理運営業務」の目的にのみ利用されるものです。

*Identification cards with your face picture, like resident card, passport, etc. might be copied by getting approval.

※本人確認ができる写真付きの身分証明書(在留カード、パスポートなど)をコピーさせていただくことがあります。



Nippon Medical School
Chiba Hokusoh Hospital
1715 Kamagari, Inzai, Chiba 270-1694,