

就诊申请表/ 診察申込用紙

申请日期: 年 月 日

●您是第一次来本院就医吗? / 当院の受診は初めてですか。

是 / はい · 不是 / いいえ (请填写上次在本院就医日期: 年 月 日 / 前回受診日)

●请告诉我们您来本院就医的原因。 生病(疾病)·受伤(右记除外)等 交通事故 工伤
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 工作中的受傷

| | | | |
|------------------------|---|---|--------------------------------|
| 患者ID | (如果您有本院就诊卡, 请填写就诊卡上的ID) | | |
| 就诊科室/ 外来受診科 | <input type="checkbox"/> 循环内科/循環器内科 | <input type="checkbox"/> 肾脏内科/腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 神经内科 |
| | <input type="checkbox"/> 消化内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌代謝内科 | <input type="checkbox"/> 血液内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸内科 |
| | <input type="checkbox"/> 消化外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 | <input type="checkbox"/> 姑息治疗科/緩和ケア科 | <input type="checkbox"/> 呼吸外科 |
| | <input type="checkbox"/> 心血管外科/心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 骨外科/整形外科 | <input type="checkbox"/> 脑神经外科 |
| | <input type="checkbox"/> 小兒科 <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 妇产科/女性診療科·産科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 |
| | <input type="checkbox"/> 皮肤科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 | <input type="checkbox"/> 心疗保健科/メンタルヘルス科 | |
| | <input type="checkbox"/> 放射线科 <input type="checkbox"/> 麻醉科 | <input type="checkbox"/> 美容整形外科/形成外科 | |
| | <input type="checkbox"/> 康复科/リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> 急诊中心/救急科 | <input type="checkbox"/> 牙科/齒科 |
| 姓名/氏名 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女 | |
| 出生年月日 | 年齢 | 満 周岁/歳 | |
| 国籍 | | | |
| 住址/住所 | | | |
| 电话/電話 | 电子邮箱E-mail | @ | |

| | | | |
|---------------------|-------------------|---|--|
| ●紧急联系人/緊急連絡先 | | | |
| 姓名/氏名 | 与您的关系/関係 | | |
| 住址/住所 | | | |
| 电话/電話 | 电子邮箱E-mail | @ | |

●您是否持有其他医疗机构(医院或诊所)的介绍信? / 紹介状はお持ちですか。
 有/あり (医疗机构的名称/紹介元医療機関名:) · 没有/なし

※根据厚生劳动省的有关准则, 如果您没有其他医疗机构(医院或诊所)的介绍信, 除紧急情况之外, 须支付保险外并用疗养费7,700日元。

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。ただしその他やむを得ない事情により、紹介によらず来院した場合は、この限りではありません。

●您有没有加入健康保险? / 健康保険の加入はございますか。
 有/あり (· 日本健康保険 / 健康保険, 请填写保险名称:
· 海外保险, 旅行者保险/海外旅行保険, 请填写保险名称:
 没有加入保险/保険加入はなし

※请出示您的健康保险证, 本院每月确认一次保险证, 请在每月首次就诊时, 出示保险证。未能及时出示保险证将按自费处理。

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。

※为了给外国人患者, 提供更加安全舒适的医疗服务, 请您继续填写背面的资料, 感谢您的理解和配合。
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。



CH ※为了给您提供更加安全舒适的医疗服务，请您尽可能填写以下表格，感谢您的理解和配合。

| | |
|--|--|
| ○请选择您在日本的在留情况 / 日本での滞在状況を教えてください。 | |
| <input type="checkbox"/> 居住（6个月以上） / 居住（6ヶ月以上） | |
| <input type="checkbox"/> 短期签证（3个月之内） / 短期滞在（3ヶ月以内） | |
| <input type="checkbox"/> 旅行 / 旅行 ・ <input type="checkbox"/> 商务 / ビジネス ・ <input type="checkbox"/> 家族访问（6个月之内） / 親族訪問（6ヶ月以内） | |
| <input type="checkbox"/> 留学 / 留学 <input type="checkbox"/> 其他 / その他 | |

| | |
|---|--|
| ○关于您的语言 / 使用言語など | |
| 母语 / 母国語 | |
| 母语之外会说的语言 / 母国語以外で話せる言語 | |
| ○您的日语程度 / 日本語レベルを教えてください | |
| <input type="checkbox"/> 会 / 話せる | |
| <input type="checkbox"/> 日常会话 / 日常会話 ・ <input type="checkbox"/> 商务日语 / ビジネスレベル ・ <input type="checkbox"/> 母语 / ネイティブレベル | |
| <input type="checkbox"/> 不太会 / あまり話せない | |
| ○您是否需要我们提供医疗口译（翻译）的服务 / 医療通訳の希望有無 | |
| <input type="checkbox"/> 需要 / 必要 | |
| <input type="checkbox"/> 不需要 / 必要なし | |

※即使您选择「不需要医疗口译」、但是根据实际情况，例如在诊察室内，医生判断需要日语医疗口译介入进行更准确详细说明的时候，也会发生医疗口译服务。

※通訳ご希望の有無にかかわらず、患者さん及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、下記料金にて医療通訳を手配させていただくことがあります。

※口译服务费用如下，请参考；

| ①加入日本公定医疗健康保险的情况 | ②没有加入日本公定医疗健康保险，医疗费自费的情况 |
|--------------------|--------------------------|
| 初始费用为30分钟以内1,650日元 | 初始费用为30分钟以内6,600日元 |
| 追加费用为每10分钟1,100日元 | 追加费用为每10分钟2,200日元 |

以上价格均属含税价格

※通訳料金は以下となります。

| 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なく、医療費は自費になる場合 |
|-------------------|-----------------------------|
| 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 |

上記は税込金額です

| | |
|---|---|
| ○如果您因宗教等理由，有需要特别照顾的事项请告知我们。（宗教等の理由により特別の配慮が必要な事項） | |
| <input type="checkbox"/> 饮食方面 / 食べ物（不能吃的东西等 / 食べれないもの等： | ） |
| <input type="checkbox"/> 其他 / その他（请自由填写/自由記載： | ） |

※我们会严加保管您的个人信息，并且您的个人信息仅为本院的「医疗服务」，「医疗保险业务」，「医院管理运作」业务所利用。

※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。

※未加入日本的保险或没有携带保险证等情况，我们需要您出示一份带有照片的证件（例如在留卡、护照），并且复印您的证件，进行本人确认。

※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。



日本医科大学千叶北総医院

日本千叶县印西市糠苧1715
邮编：2701694 电话：81-476-99-1111