

診察券No: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_

## PATIENT REGISTRATION FORM

## 診察申込書（英語）

Name ※ Same as your passport 名前 ※パスポート表記と同じ			
Date of birth(YYYY/MM/DD) 生年月日 (年/月/日)		/ / ( ) years old 歳	
Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性	Your Phone Number in Japan. 日本で使っている電話番号	
Email address we can reach you. 連絡可能なEメールアドレス			
Address or accommodation in Japan 住所または日本での滞在先			
Address in home country (for short-term visitors only) 本国の住所（短期滞在者のみ）			
Nationality 国籍		Native language 母語	
Other languages spoken 母語以外で対応可能な言語			
Use of interpretation Service 通訳の利用	<input type="checkbox"/> Yes - Hospital/Clinic-provided interpretation service(Free of Charge). 当院提供の医療通訳サービス（無料） <input type="checkbox"/> No - I don't need an interpretation service (I can speak Japanese well). 通訳は必要ない（日本語が十分話せる）		
Special requirements for religious reasons 宗教上、特別配慮が必要な事項 *Please understand that depending on the situation, we might not be able to comply with your request. *ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください		<input type="checkbox"/> YES はい <input type="checkbox"/> NO いいえ	
Immigration status in Japan 日本での滞在状況を教えてください。			
<input type="checkbox"/> Resident 居住 <input type="checkbox"/> Short-term stay 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> Business ビジネス <input type="checkbox"/> Vacation 旅行 )			
<input type="checkbox"/> Student 留学生 <input type="checkbox"/> Other その他 ( )			
Type of health insurance 保険の種類			
<input type="checkbox"/> Japanese health insurance 日本の保険 ( <input type="checkbox"/> Public 公的保険 <input type="checkbox"/> Private プライベート保険 )			
<input type="checkbox"/> Overseas health insurance 海外の保険 (name of insurance company 保険会社名: ) *Generally, patients covered by overseas health insurances will also be asked to pay the full amount of their medical fees. Please ask for a reimbursement from your insurance company after returning to your country of residence. *海外の保険にご加入の方にも、原則立て替え払いをお願いしております。ご滞国後、保険会社にご請求ください。			
<input type="checkbox"/> Credit Card Insurance クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> Uninsured いずれの保険にも加入していない			
Method of payment 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> Cash 現金 <input type="checkbox"/> Credit card クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DINE )			
Have you been out of Japan in the last six months? 6ヶ月以内に日本以外の国にいましたか。	<input type="checkbox"/> YES はい (Country Name 国名 ) <input type="checkbox"/> NO いいえ		
Emergency contact details 緊急連絡先			
Name 名前	Relationship 患者との関係		
Home / Mobile Phone 自宅電話もしくは携帯電話番号	Email address メールアドレス		
Address 住所			
Is this your first visit to this hospital? 当院のご受診は初めてですか。		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Do you have an appointment? 予約はしていますか。		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	

\*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.  
患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

\*When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese originals shall be given priority.  
日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができればチェックをお願いします】  
パスポート 在留カード （持っている場合は）日本の保険証

診察券No: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_

**就诊申请表**  
診察申込書（中国語）

姓名 ※ 和护照显示相同 名前 ※パスポート表記と同じ			
出生年月日 生年月日（年/月/日）	年	月	日（ ）周岁/
性别 性別	<input type="checkbox"/> 男 男性 <input type="checkbox"/> 女 女性	日本国内使用的电话号码 日本で使っている電話番号	
日本国内使用的电话号码 連絡可能なEメールアドレス			
住址或在日本的在留地址 住所または日本での滞在先			
本国的住址(仅限短期在留者) 本国の住所(短期滞在者のみ)			
国籍 国籍		母语 母国語	
除母语外会说的语言 母語以外で対応可能な言語			
是否需要翻译 通訳の利用	<input type="checkbox"/> 用—本院提供的医疗口译服务(免费) 当院提供の医療通訳サービス(無料) <input type="checkbox"/> 不用—不需要口译(日语流畅) 通訳は必要ない(日本語が十分話せる)		
由于宗教等方面原因需要特殊照顾的事项 *有可能不能满足您的愿望, 请事先知悉。 *ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください	宗教上、特別配慮が必要な事項	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
请告知您在日本的在留情况。 日本での滞在状況を教えて下さい。			
<input type="checkbox"/> 居住 居住 <input type="checkbox"/> 短期在留 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> 商务 ビジネス <input type="checkbox"/> 旅游 旅行 )			
<input type="checkbox"/> 留学生 留学生 <input type="checkbox"/> 其他 その他 ( )			
保险(医疗保险)种类 保険の種類			
<input type="checkbox"/> 日本的保险 日本の保険 ( <input type="checkbox"/> 公营保险 公的保険 <input type="checkbox"/> 民间个人保险 プライベート保険 )			
<input type="checkbox"/> 海外的保险 海外の保険 ( 保险公司名称 保険会社名: )			
*购买海外旅行保险者, 原则上请先垫付费用。回国后, 请向保险公司提出理赔申请。 *海外の保険にご加入の方にも、原則立て替え払いをお願いしております。ご帰国後、保険会社に請求ください。			
<input type="checkbox"/> 信用卡附带的保险 クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> 没有加入保险 いずれの保険にも加入していない			
支付方法 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> 现金 現金 <input type="checkbox"/> 信用卡 クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DINERS )			
6个月之内去过日本以外的国家吗? 6ヶ月以内に日本以外の国にいましたか。	<input type="checkbox"/> 是 はい (国名: ) <input type="checkbox"/> 否 いいえ		
紧急联系电话 緊急連絡先			
姓名 名前		与患者的关系 患者との関係	
家庭电话 / 手机号码 自宅電話もしくは携帯電話番号		可联系的电子邮箱 メールアドレス	
住址 住所			
您是初次来本院就诊吗? 当院のご受診は初めてですか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ		
您是否有预约? 予約はしていますか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ		

\*关于患者的个人信息, 我们会根据医院规定妥善管理。 患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

\*因日本和其他国家的语言和制度上的不同, 有不同的解释时, 以日语为准。  
日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができればチェックをお願いします】

パスポート 在留カード  (持っている場合は) 日本の保険証

診察券No :

患者氏名 :

受診日 :

진료신청서  
診察申込書 (韓国語)

성함 ※ 여권표와 같음 名前 ※パスポート表記と同じ			
생년월일 生年月日 (年/月/日)	년/年	월/月	일/日 ( ) 세 歳
성별 性別	<input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女	일본에서 쓰는 전화번호 日本で使っている電話番号	
연락가능한 이메일주소 連絡可能なEメールアドレス			
주소 혹은 일본 체류지 주소 住所または日本での滞在先			
본국의 주소(단기체류자만 기재) 本国の住所(短期滞在者のみ)			
국적 国籍		모국어 母語	
모국어 이외에 대응 가능한 언어 母語以外で対応可能な言語			
통역 通訳の利用	<input type="checkbox"/> 필요 - 당원제공 의료통역서비스 当院提供の医療通訳サービス(無料) <input type="checkbox"/> 불필요 - 통역 필요없음(일본어 충분히 할수 있음) 通訳は必要ない(日本語が十分話せる)		
종교 등의 이유로 특별히 배려가 필요한 사항 *희망에 대처하지 못할 경우도 있음을 양지하시기 바랍니다 *希望に添えない場合もございますので、ご了承ください	宗教上、特別配慮が必要な事項	<input type="checkbox"/> 네 ある	<input type="checkbox"/> 아니오 ない
본인의 일본 체류상황은 어떤 것입니까? 日本での滞在状況を教えて下さい。			
<input type="checkbox"/> 거주 居住 <input type="checkbox"/> 단기체류 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> 비즈니스 비즈니스 <input type="checkbox"/> 여행 旅行 )			
<input type="checkbox"/> 유학생 留学生 <input type="checkbox"/> 기타 その他 ( )			
보험의 종류 保険の種類			
<input type="checkbox"/> 일본 보험 日本 の 保険 ( <input type="checkbox"/> 공적 보험 公的保険 <input type="checkbox"/> 민영 보험 プライベート保険 )			
<input type="checkbox"/> 해외 보험 海外 の 保険 (보험회사명 保険会社名: )			
<small>*해외보험에 가입하시는 분에게도 원칙적으로 요금 선불을 부탁드립니다. 귀국후 보험회사로 청구하시기 바랍니다. *海外の保険にご加入の方にも、原則立て替え払いをお願いしております。ご帰国後、保険会社にご請求ください。</small>			
<input type="checkbox"/> 신용카드부대의 보험 クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> 보험에 가입되어 있지 않음 いずれの保険にも加入して			
지불방법 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> 현금 現金 <input type="checkbox"/> 신용카드 クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DINER			
6개월 이내에 일본이외 나라를 가셨습니까 6ヶ月以内に日本以外の国にいましたか。	<input type="checkbox"/> 예 はい (국명 : ) <input type="checkbox"/> 아니 いいえ		

긴급연락처 緊急連絡先			
성함 名前		환자와의 관계 患者との関係	
자택/휴대전화 전화번호 自宅電話もしくは携帯電話番号		이메일주소 メールアドレス	
주소 住所			

저희 병원 진료는 처음입니까? 当院のご受診は初めてですか。	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니 いいえ
예약을 하셨습니까? 予約はしていますか。	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니 いいえ

※환자분의 개인정보에 관해서는, 원내 규정에 따라 처리됩니다. 患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

※일본과 외국의 언어 및 제도 차이로 인해 해석 차이가 발생하였을 경우 일본어가 우선적으로 적용됩니다.  
日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができればチェックをお願いします】  
パスポート/ 在留カード  (持っている場合は) 日本 の 保険証

診察券No: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_

## Mẫu đăng ký khám bệnh

診察申込書（ベトナム語）

Họ tên ※Điền giống như trong hộ chiếu 名前 ※パスポート表記と同じ			
Ngày tháng năm sinh 生年月日 (年/月/日)		/ / ( ) tuổi 歳	
Giới tính 性別	<input type="checkbox"/> Nam 男性 <input type="checkbox"/> Nữ 女性	Số điện thoại đang sử dụng tại Nhật 日本で使っている電話番号	
Địa chỉ e-mail có thể liên lạc 連絡可能なEメールアドレス			
Địa chỉ nhà hay nơi tạm trú tại Nhật 住所または日本での滞在先			
Địa chỉ tại Nhật (dành cho người lưu trú ngắn hạn) 本国の住所(短期滞在者のみ)			
Quốc tịch 国籍		Ngôn ngữ mẹ đẻ 母語	
Ngôn ngữ khác có thể sử dụng 母語以外で対応可能な言語			
Sử dụng dịch vụ phiên dịch 通訳の利用	<input type="checkbox"/> Vâng - Dịch vụ phiên dịch y tế do bệnh viện cung cấp (miễn phí). はい-当院提供の医療通訳サービス(無料) <input type="checkbox"/> Không - Tôi không cần dịch vụ phiên dịch (Tôi có thể giao tiếp tốt bằng tiếng Nhật). いいえ-通訳は必要ない(日本語が十分話せる)		
Về mặt tôn giáo tín ngưỡng, nếu cần thiết sẽ được xem xét đặt biệt. 宗教上、特別配慮が必要な事項		<input type="checkbox"/> Vâng 有る <input type="checkbox"/> Không ない	
*Xin vui lòng thông cảm trong trường hợp không thể đáp ứng được nguyện vọng của bạn.			
Tư cách lưu trú tại Nhật 日本での滞在状況を教えてください。			
<input type="checkbox"/> Định cư 居住 <input type="checkbox"/> Lưu trú ngắn hạn 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> Kinh doanh ビジネス <input type="checkbox"/> Du lịch 旅行 )			
<input type="checkbox"/> Du học 留学生 <input type="checkbox"/> Trường hợp khác 其他 ( )			
Loại hình bảo hiểm sức khỏe 保険の種類			
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm sức khỏe của Nhật 日本の保険 ( <input type="checkbox"/> Bảo hiểm công 公的保険 <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư nhân プライベート保険 )			
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm sức khỏe nước ngoài 海外の保険 (Tên công ty bảo hiểm 保険会社名: )			
*Ngày cả đối với những người tham gia bảo hiểm nước ngoài, trên nguyên tắc cũng phải trả trước toàn bộ viện phí. Sau khi trở về nước, hãy làm thủ tục thanh toán với công ty bảo hiểm.			
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm đi kèm thẻ tín dụng クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> Không tham gia bảo hiểm いずれの保険にも加			
Phương pháp thanh toán 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> Tiền mặt 現金 <input type="checkbox"/> Thẻ tín dụng クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> D			
6 tháng gần đây bạn có đi nước nào khác ngoài Nhật không? 6ヶ月以内に日本以外の国にいきましたか。		<input type="checkbox"/> Vâng はい (Tên nước: ) <input type="checkbox"/> Không いいえ	
Địa chỉ liên lạc khẩn cấp 緊急連絡先			
Họ tên 名前		Mối liên quan với bệnh nhân 患者との関係	
Số điện thoại cố định/di động 自宅電話もしくは携帯電話番号		Địa chỉ e-mail メールアドレス	
Địa chỉ 住所			
Có phải đây là lần đầu tiên bạn đến khám ở bệnh viện này không? 当院での受診は初めて		<input type="checkbox"/> Vâng はい <input type="checkbox"/> Không いいえ	
Bạn có đặt lịch hẹn trước không? 予約はしていますか。		<input type="checkbox"/> Vâng はい <input type="checkbox"/> Không いいえ	

※Chúng tôi sẽ xử lý thông tin cá nhân của bệnh nhân theo đúng qui định của bệnh viện.  
患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

※Trường hợp phát sinh sai sót trong phiên dịch do sự khác biệt về qui chế hay ngôn ngữ nước ngoài và Nhật bản, thì sẽ ưu tiên sử dụng tiếng Nhật.  
日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができたならチェックをお願いします】

パスポート 在留カード  (持っている場合は) 日本の保険証

診察券No : \_\_\_\_\_

患者氏名 : \_\_\_\_\_

受診日 : \_\_\_\_\_

## Solicitação de consulta médica

診察申込書 (ポルトガル語)

Nome ※ Igual ao seu passaporte 名前※パスポート表記と同じ			
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia) 生年月日 (年/月/日)	/ / ( ) anos 歳		
Sexo 性別	<input type="checkbox"/> Masculino 男性 <input type="checkbox"/> Feminino 女性	Número de telefone que usa no Japão. 日本で使っている電話番号	
Email possível para contatos. 連絡可能なEメールアドレス			
Endereço residencial ou do local de estadia no Japão 住所又は日本での滞在先			
Nacionalidade 国籍		Outro idioma falado além da língua materna 母国語	
Outro idioma que consiga entender além da língua materna 母国語以外で対応可能な言語			
Necessita de intérprete? 通訳の利用	<input type="checkbox"/> Sim. Serviço de interpretação oferecido pelo hospital/clinica (gratuito). 当院提供の医療通訳サービス (無料)		
	<input type="checkbox"/> Não. Não necessito Serviço de Interpretação (eu falo bem japonês).		
Cuidado(s) especial(is) necessário(s) por motivos religiosos e outros 宗教上、特別配慮が必要な事項			<input type="checkbox"/> Sim. はい <input type="checkbox"/> Não. いいえ
* Pode ser que não seja possível atender à sua solicitação. Favor compreender.			
Qual a sua situação de estadia no Japão? 日本での滞在状況を教えてください。			
<input type="checkbox"/> Residente 居住 <input type="checkbox"/> Estadia de curto prazo 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> Negócios ビジネス <input type="checkbox"/> Turismo 旅行)			
<input type="checkbox"/> Estudante internacional 留学生 <input type="checkbox"/> Outros その他 ( )			
Tipo de seguro (de saúde) 保険の種類			
<input type="checkbox"/> Seguro do Japão 日本の保険 ( <input type="checkbox"/> Público 公的保険 <input type="checkbox"/> Particular プライベート保険 )			
<input type="checkbox"/> Seguro do exterior 海外の保険 (Nome da seguradora 保険会社名 : )			
*Em princípio, solicitamos às pessoas que também tenham o seguro de saúde do exterior, que paguem antecipadamente todo o custo médico. Após retornar ao seu país, solicite reembolso da sua companhia seguradora. *海外の保険に加入の方へ、原則として請求をお願いたします。帰国後、保険会社に申請をお願いします。			
<input type="checkbox"/> Seguro vinculado ao Cartão de Crédito クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> Não estou inscrito em nenhum seguro いずれの保			
Modo de pagamento 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> Dinheiro (em cash) 現金 <input type="checkbox"/> Cartão de Crédito クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/>			
Esteve em outro país que não o Japão nos últimos 6 meses? 6ヶ月以内に日本以外の国にいきましたか。	<input type="checkbox"/> Sim. はい (Nome do país 国名 : ) <input type="checkbox"/> Não. いいえ		
Contato de emergência 緊急連絡先			
Nome 名前		Relação com o paciente 患者との関係	
Telefone residencial/celular 自宅電話もしくは携帯電話		Email possível para contatos. メールアドレス	
Endereço 住所			
É a primeira vez que se consulta neste hospital? 当院のご受診は初めてですか。		<input type="checkbox"/> Sim. はい <input type="checkbox"/> Não. いいえ	
Fez reserva para a consulta? 予約はしていますか。		<input type="checkbox"/> Sim. はい <input type="checkbox"/> Não. いいえ	

\*As informações pessoais dos pacientes serão tratadas conforme os regulamentos internos deste hospital. 患者様の個人情報については、院内の規定に基づき  
\* Caso surja alguma diferença no entendimento devido à diferença da língua ou sistema entre Japão e país estrangeiros, será dado prioridade ao original em japonês.

日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができたならチェックをお願いします】

パスポート/在留カード  (持っている場合は) 日本の保険証

診察券No: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

ロシア語  
受診日: \_\_\_\_\_

## Анкета для регистрации пациента

### 診察申込書 (ロシア語)

<b>Имя</b> ※ Согласно вашему паспорту 名前 *パスポート表記と同じ			
<b>Дата рождения</b> (год/месяц/день) 生年月日 (年/月/日)	/	/	<b>Возраст</b> ( ) 歳
<b>Пол. 性別</b>	<input type="checkbox"/> Мужской 男性	<input type="checkbox"/> Женский 女性	<b>Ваш номер телефона в Японии</b> 日本で使っている電話番号
<b>Контактный адрес электронной почты</b> 連絡可能なEメールアドレス			
<b>Адрес или место проживания в Японии</b> 住所又は日本での滞在先			
<b>Гражданство</b> 国籍		<b>Родной язык</b> 母語	
<b>Другие языки</b> 母語以外で対応可能な言語			
<b>Использование услуг переводчика</b> 通訳の利用	<input type="checkbox"/> Да - Переводческие услуги, предоставляемые в больнице/клинике (Бесплатно) 当院提供の医療通訳サービス (無料) <input type="checkbox"/> Нет - Мне не нужны переводческие услуги (Я хорошо говорю по-японски). 通訳は必要ない (日本語が十分話せる)		
<b>Специальные религиозные требования</b> 宗教上、特別配慮が必要な事項 * Просим ваше понимание, что в зависимости от ситуации, возможно, мы не сможем удовлетворить ваши требования. *ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください			<input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ
<b>Иммиграционный статус в Японии</b> 日本での滞在状況を教えてください。			
<input type="checkbox"/> Резидент 居住 <input type="checkbox"/> Краткосрочное пребывание 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> Бизнес ビジネス <input type="checkbox"/> Туризм 旅行 )			
<input type="checkbox"/> Стажировка 留学生 <input type="checkbox"/> Другие その他 ( )			
<b>Вид медицинского страхования</b> 保険の種類			
<input type="checkbox"/> Японское медицинское страхование 日本の保険 ( <input type="checkbox"/> Общественное страхование 公的保険 <input type="checkbox"/> Добровольное страхование プライベ ) <input type="checkbox"/> Зарубежное страхование 海外の保険 (Наименование страховочной компании 保険会社名: )			
*Мы просим всех пациентов, в том числе и застрахованных зарубежной страховкой, оплатить нам полную сумму расходов на медицинские услуги. После возвращения в свою страну выставите, пожалуйста, счет перед страховочной компанией для возмещения потраченной в больнице суммы. *海外の保険にご加入の方にも、原則立て替え払いをお願いしております。ご帰国後、保険会社にご請求ください。			
<input type="checkbox"/> Страхование владельцев кредитной карты クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> Не застраховано いずれの保険にも加入していない			
<b>Метод оплаты</b> 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> Наличными 現金 <input type="checkbox"/> Кредитной картой クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB			
<b>Были ли вы за границе кроме Японии последние 6 месяцев?</b> 6ヶ月以内に日本以外の国にいきましたか。	<input type="checkbox"/> Да はい (Наименование страны 国名: ) <input type="checkbox"/> Нет いいえ		
<b>Экстренный контакт</b> 緊急連絡先			
<b>Имя</b> 名前		<b>Отношение с пациентом</b> 患者との関係	
<b>Домашний/Мобильный номер телефона</b> 自宅電話もしくは携帯電話番号		<b>адрес электронной почты</b> メールアドレス	
<b>Адрес</b> 住所			
<b>Это ваше первое поступление в нашу больницу?</b> 当院のご受診は初めてですか。			
		<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
<b>Вы заранее записались?</b> 予約はしていますか。			
		<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ

\*Личная информация пациента обрабатывается в соответствии с правилами, установленными внутри больницы. 患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

\*При возникновении недоразумения в понимании из-за разницы выражений между японским и иностранным языками, также отличия определенных систем, приоритет отдается оригиналы японского языка. 日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができればチェックをお願いします】

パスポート/在留カード  (持っている場合は) 日本の保険証

診察券No: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_

แบบฟอร์มกรอกข้อมูลเพื่อรับการตรวจรักษา

診察申込書 (タイ語)

ชื่อและนามสกุล * กรุณากรอกให้เหมือนกับที่ปรากฏบนหนังสือเดินทาง			
วันเดือนปีเกิด 生年月日 (年/月/日)	/ / 年( ) 月 日 歳		
เพศ 性別	<input type="checkbox"/> ชาย 男性 <input type="checkbox"/> หญิง 女性	หมายเลขโทรศัพท์มือถือในประเทศญี่ปุ่น 日本で使っている電話番号	
อีเมลแอดเดรสที่สามารถติดต่อได้ 連絡可能なメールアドレス			
ที่อยู่หรือสถานที่พำนักในประเทศญี่ปุ่น 住所または日本での滞在先			
ตัวเอง (กรอกเฉพาะผู้ที่พำนักระยะสั้นในประเทศไทยไม่เกิน 90 วัน)			
สัญชาติ 国籍		ภาษาหลักที่เขานิยมการใช้สื่อสาร (ภาษาแม่) 母国語	
ภาษาอื่นๆที่สามารถสื่อสารได้ (นอกเหนือจากภาษาแม่) 英語以外で対応可能な言語 ท่านประสงค์ที่จะใช้บริการล่ามแปลภาษาหรือไม่ 通訳の利用を希望しますか	<input type="checkbox"/> ต้องการเขมรการลามทางการแพทย์ของทง (ไม่เสียค่าเช่า) 当院提供の医療通訳サービス (無料)		
สิ่งที่ต้องการเป็นพิเศษเนื่องด้วยเหตุผลทางด้านศาสนา 宗教上、特別配慮が必要な事項 * โปรดกรอกเฉพาะถ้ามีความจำเป็นจริงๆ ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของท่านได้ 希望に添えない場合もございますので、ご了承ください	<input type="checkbox"/> ครบ/ละ ある <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ない		
สถานภาพการพำนักในประเทศญี่ปุ่น 日本での滞在状況を教えてください。			
<input type="checkbox"/> อยู่อาศัยถาวร 居住 <input type="checkbox"/> พำนักระยะสั้น 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> มาทำธุรกิจ ビジネス <input type="checkbox"/> มาเที่ยว 旅行 )			
<input type="checkbox"/> มาเรียนในโรงเรียนนักศึกษาต่างชาติ 留学生 <input type="checkbox"/> อื่นๆ その他 ( )			
ประกันภัย 保険の種類			
<input type="checkbox"/> ประกันของประเทศญี่ปุ่น 日本での保険 ( <input type="checkbox"/> ประกันสาธารณะ 公的保険 <input type="checkbox"/> ประกันของเอกชน プライベート保険 )			
<input type="checkbox"/> ประกันของต่างประเทศ 海外の保険 (ชื่อของบริษัทประกัน 保険会社名: )			
* สำหรับผู้ที่ทำประกันของต่างประเทศ ขอให้ท่านสำรองจ่ายไปก่อน จากนั้นค่อยทำเรื่องขอเบิกเงินกับบริษัทประกันหลังจากที่เดินทางกลับประเทศ 海外の保険にご加入の方にも、原則立て替え払いをお願いしております。ご帰国後、保険会社にご請求ください。			
<input type="checkbox"/> ประกันที่พ่วงมากับบัตรเครดิต クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำประกัน いずれの保険にも加入していない			
วิธีการชำระเงิน 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> เงินสด 現金 <input type="checkbox"/> บัตรเครดิต クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DINER )			
ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางไปประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศญี่ปุ่นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ครบ/ละ はい (ชื่อประเทศ: ) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ いいえ		
ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน 緊急連絡先			
ชื่อและนามสกุล 名前	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 患者との関係		
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน / โทรศัพท์มือถือ 自宅電話もしくは携帯電話番号	ที่อยู่อีเมล メールアドレス		
ที่อยู่ 住所			
ท่านมาเข้ารับการรักษาที่นี่ครั้งนี้เป็นครั้งแรกใช่หรือไม่ 当院での受診は初めてですか	<input type="checkbox"/> ครบ/ละ はい <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ いいえ		
ท่านได้จองคิวเอาไว้หรือไม่ 予約はしていますか	<input type="checkbox"/> ครบ/ละ はい <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ いいえ		

\* ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยจะถูกจัดการตามข้อกำหนดของสถานที่แห่งนี้  
患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。  
\* หากพบว่าข้อมูลที่ถูกแปลความหมายนั้นไม่ตรงกับต้นฉบับเนื่องด้วยความแตกต่างทางด้านคำศัพท์หรือระบบของญี่ปุ่นกับต่างประเทศ ให้ยึดเอาความหมายในภาษาญี่ปุ่นมาก่อน  
【記載内容との照合ができればチェックをお願いします】  
 บัตรพาสปอร์ต  ใน留カード  (持っている場合は) 日本の保険証

診察券No: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_

## Formulario de solicitud de consulta médica

### 診察申込書 (スペイン語)

Nombre ※Igual a como aparece en el pasaporte 名前 ※パスポート表記と同じ			
Fecha de nacimiento(Año/Mes/Día) 生年月日 (年/月/日)		/ / ( ) Años 歳	
Sexo 性別	<input type="checkbox"/> Masculino 男性 <input type="checkbox"/> Femenino 女性	Número de teléfono que utiliza en Japón 日本で使っている電話番号	
Dirección del correo electrónico en el que se pueda contactar 連絡可能なEメールアドレス			
Dirección o alojamiento en Japón 住所または日本での滞在先			
Dirección en su país (sólo personas de estancia corta en Japón) 本国の住所 (短期滞在者のみ)			
Nacionalidad 国籍		Idioma nativo 母語	
Idiomas que habla aparte del idioma nativo 母語以外で対応可能な言語			
Necesita intérprete? 通訳の利用		<input type="checkbox"/> Sí - Servicio de Interpretación Médica proporcionado por nuestro hospital (grátis). 当院提供の通訳サービス (無料) <input type="checkbox"/> No - No necesito de Servicio de Interpretación Médica (hablo bien japonés).	
Cuidados especiales por razones religiosas 宗教上、特別配慮が必要な事項 *Es posible que no podamos atender su solicitud, por favor comprenda. 希望に添えない場合もございますので、ご了承ください		<input type="checkbox"/> Sí ある <input type="checkbox"/> No ない	
Marque abajo el objetivo de su estancia en Japón. 日本での滞在状況を教えてください。			
<input type="checkbox"/> Residencia 居住 <input type="checkbox"/> Estancia corta 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> Negocios ビジネス <input type="checkbox"/> Turismo 旅行) <input type="checkbox"/> Estudios 留学生 <input type="checkbox"/> Otros その他 ( )			
Tipos de seguro 保険の種類			
<input type="checkbox"/> Seguro médico japonés 日本の保険 ( <input type="checkbox"/> Seguro público 公的保険 <input type="checkbox"/> Seguro público プライベート保険 ) <input type="checkbox"/> Seguro de otro país 海外の保険 (Nombre de la compañía del seguro 保険会社名: ) *Mismo aquellos que se suscriben a un seguro en el extranjero, le pedimos que hagan el pago en principio. Después de regresar a su país, favor demandar a la compañía de seguros. *海外の保険にご加入の方にも、原則立て替え払いをお願いしております。ご滞国後、保険会社にご請求ください。 <input type="checkbox"/> Seguro adicional a la Tarjeta de Credito クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> No dispongo de seguro いずれの保険も			
Método de pago 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> Efectivo 現金 <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> )			
¿Ha estado en algún país diferente a Japón en los últimos 6 meses? 6ヶ月以内に日本以外の国にいきましたか。		<input type="checkbox"/> Sí はい (Nombre del país. : ) <input type="checkbox"/> No いいえ	
Nombre de la persona con quien contactar en caso de emergencia. 緊急連絡先			
Nombre 名前		Relación con el paciente 患者との関係	
Número de teléfono (domiciliario/móvil) 自宅電話もしくは携帯電話番号		Dirección del correo electrónico メールアドレス	
Dirección 住所			
¿Es la primera vez que viene a este hospital para realizar una consulta? 初診ですか。		<input type="checkbox"/> Sí はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
¿Ha pedido cita para realizar la consulta? 予約はしていますか。		<input type="checkbox"/> Sí はい <input type="checkbox"/> No いいえ	

※Procesamos los datos personales conforme a la normativa del hospital. 患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

※Si hay alguna diferencia en la interpretación debido a las diferencias en el idioma y sistemas entre Japón y países extranjeros, se dará prioridad al original en japonés.  
日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができればチェックをお願いします】  
 パスポート  在留カード  (持っている場合は) 日本の保険証





診察券No: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_

### Aplikasyon para sa pagpapakonsulta

#### 診察申込書 (タガログ語)

Pangalan * katulad ng nakasaad sa pasaporte 名前 *パスポート表記と同じ			
Kaarawan (Taon/Buwan/Araw) 生年月日 (年/月/日)		/ / ( )Edad 歳	
Kasarian 性別	<input type="checkbox"/> Lalaki 男性 <input type="checkbox"/> Babae 女性	Email address kung saan maari kang makontak 日本で使っている電話番号	
Email address kung saan maari kang makontak 連絡可能なメールアドレス			
Email address kung saan maari kang makontak 住所または日本での滞在先			
Tirahan sa sariling bansa ( para sa mga pansamantalang bisita) 本国の住所 (短期滞在者のみ)			
Nasyonalidad 国籍		Nasyonalidad 母語	
Iba pang lengguwaheng ginagamit 母語以外で対応可能な言語			
Paggamit ng pagsalin-wika 通訳の利用		<input type="checkbox"/> Oo-Gagamitin ang sebisyonng medikal na pagsalin-wika ng Ospital (libre) はい、当院提供の医療通訳サービス (無料) <input type="checkbox"/> Hindi- Hindi ko kailangan ang tagapagsalin-wika (Mahusay akong magsalita ng wikang Hapon) いいえ、通訳は必要ない (日本語が十分話せる)	
Mahalagang bagay na dapat isalang-alang sa kadahilanang pang-relihiyon 宗教上、特別配慮が必要な事項 *Mangyari lamang unawain, na may pagkakataong hindi ma-aalinsunod ang inyong kahilingan. 希望に添えない場合もございますので、ご了承ください		<input type="checkbox"/> Oo ある <input type="checkbox"/> Hindi ない	
Kalagayan ng panirahan(visa) sa Japan 日本での滞在状況を教えてください。			
<input type="checkbox"/> Residente 居住 <input type="checkbox"/> Pansamantalang bisita 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> Negosyo ビジネス <input type="checkbox"/> Bakasyon 旅行 ) <input type="checkbox"/> Estudyante 留学生 <input type="checkbox"/> Iba pa その他 ( )			
Uri ng Seguro 保険の種類			
<input type="checkbox"/> Seguro ng Japan 日本の保険 ( <input type="checkbox"/> Pambansang seguro 公的保険 <input type="checkbox"/> Pribadong seguro プライベート保険 ) <input type="checkbox"/> Internasyunal na seguro 海外の保険(Pangalan ng kompanya ng inyong seguro 保険会社名 : *Para sa miyembro ng Internasyunal na seguro, patakaran na bayaran muna ang buong halaga ng gastusin sa pagpapagamot. Makipag-ugnayan sa *海外の保険にご加入の方にも、原則立て替え払いをお願いしております。ご帰国後、保険会社にご請求ください。			
<input type="checkbox"/> Credit card na may Seguro クレジットカード付帯の保険 <input type="checkbox"/> Walang Seguro いずれの保険にも加入していない			
Paraan ng pagbayad 支払いの方法			
<input type="checkbox"/> Cash 現金 <input type="checkbox"/> Credit card クレジットカード ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DIN			
Nagpunta ka ba sa iba pang bansa bukod sa Japan sa loob ng 6 na buwan? 6ヶ月以内に日本以外の国にいましたか。		<input type="checkbox"/> Oo はい (Pangalan ng bansa : ) <input type="checkbox"/> Hindi いいえ	

Impormasyon pang-emerhensiya 緊急連絡先			
Email address 名前		Kaugnayan sa pasyente 患者との関係	
Numero ng telepono sa bahay/ cellphone 自宅電話もしくは携帯電話番号		Email address メールアドレス	
Tirahan 住所			

Ito ba ang unang bisita mo dito sa Ospital? 当院での受診は初めてですか?	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
Mayroon ka bang reserbasyon? 予約はしていますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ

※Ang pribadong impormasyon ng pasyente ay pinanghahawakan ayon sa patakaran at regulasyon ng ospital.  
 患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。  
 ※Kung nagkaroon ng pagkakaiba sa interpretasyon dahil sa pagkakaiba ng wika o sistema sa pagitan ng Japan at ng banyagang bansa, ang pinagmulang wikang Hapon ang bibigyan ng prayoridad.  
 日本と外国の言葉や制度の違いにより解釈の違いが生じた場合には、日本語を優先とします。

【記載内容との照合ができたならチェックをお願いします】  
 パスポート  在留カード  (持っている場合は) 日本の保険証