

New Patient Registration Form Date: 【 年 月 日 】

ID No.		予 約	有 ・ 無
登録者		予約時間	:

↓ Please fill in the blanks inside the bold line below and other side.

フリガナ			Year and Date of Birth	
Patient Name 患者氏名	family name(姓)	first name(名)	(YYYY/MM/DD)	
			Sex	Age
			M・F	
Address 現住所	〒			

Non-Japanese 日本国籍以外の場合

Nationality 国籍	Native language 母国語	Language you speak 対応言語	language spoken by your family or acquaintance written below 家族または知人の対応言語

Patient's Phone Number 本人連絡先	Primary: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile () — 第1 電話番号 携帯電話番号
	Secondary: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile () — 第2 電話番号 携帯電話番号

Other Phone Number 上記以外連絡先	*Please provide another phone number that we may contact to. 上記以外で必要時に連絡しても良い番号をご記入ください			
	Family (Relationship: 家族 続柄	Name: 氏名	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile 電話 携帯番号	
	Acquaintance (Name: 知人 氏名		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile 電話 携帯番号	

Please circle the ones you are applicable to. 該当するものに○をつけてください

Purpose of your visit 受診目的	Consultation 診察	Second Opinion (Self-Pay) セカンドオピニオン(自費)	Vaccination(Self-Pay) ワクチン接種(自費)
-------------------------------	-----------------	---	----------------------------------

The reason of your sickness /injuries 傷病の原因	Traffic Accident 交通事故	Workers' Accident 仕事中のケガ等	Others その他	Not Applicable (N/A) 該当なし
--	-----------------------	---------------------------	------------	---------------------------

Referral Letter 紹介状	Yes ・ No 有 ・ 無	CD-ROM 画像CD	Yes ・ No 有 ・ 無
------------------------	-------------------	----------------	-------------------

Is the Patient him/herself visiting our hospital? 患者さんご本人は来院されていますか	Yes ・ No はい・いいえ
--	--------------------

Currently admitted to other medical facility or nursing facility 他病院に入院中または老人保健施設へ入所中ですか	Yes ・ No はい・いいえ	If yes, give us the facility name はいの場合、病院名又は施設名の記入をお願いします
---	--------------------	---

Is there a doctor who is permanently stationed in the above facility?(常駐医師)	Yes (有) ・ No (無)
---	------------------

※Please hand receptionists your insurance card, the referral letter, and CD-ROM (Image Data) if any. (保険証および紹介状、CD-ROM(画像データ)有りの場合は必ず窓口へご提出ください)

※Your privacy will be protected adhering to the patient confidentiality policy, which is displayed in the hospital. (※本院における個人情報の利用目的については、院内に掲示し、その目的以外では利用いたしません)

We are striving hard to prevent patients' slipping and falling

本院では患者さんの転倒・転落防止に努めています。

Please check off the box, if applicable so we could provide consideration to your safety. (multiple answer allowed)

移乗時、安全に配慮をさせていただきますので、以下に該当の方はチェックをお願いします。（※複数回答可）

☐ Using a wheelchair

車椅子を使用

☐ Using aids, such as a cane or a walker

杖や歩行器などの補助具を使用している

☐ Certified as "long-time care need

介護認定

☐ Certified as handicapped

障害認定

☐ At high risk of falling

転びやすい

☐ Hearing impairment

耳が聞こえない

☐ Visual impairment

目が見えにくい

☐ Need for assistance with transferring

移乗時、介助なしでは心配である

We will have a sticker on your patient registration card as an indicator for special need.

We might be able to provide you an assistant upon your request.

チェックされた方の診察券にシールを貼付するとともに、移乗時、付き添いや車椅子による介助をさせていただく場合があります。

In our hospital, with regard to the general medical practice which is less invasive to patients, we provide explanation and confirm your agreement verbally by abbreviating the consent form in principle. By filling out of this form, it will be understood as your acceptance to our general medical practice.

For medical testing, treatments, and surgery which needs submitting of the consent forms, we will provide you treatments and examinations upon your acceptance to our explanation by the documents. We thank you for your understanding and cooperation.

この用紙のご記入をもって、院内掲示されている一般的な医療行為に関する説明と同意について、理解した上で、当院での診察、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては、原則書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診療させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。

《 病院職員記入欄 》 — 以下は記入しないで下さい。 —

保険情報	交通事故	労災	公災	自費
	健康保険	丸福	公費	生活保護

※ 電子カルテ入力済み ☐