

APPLICATION 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) (/ /) () years old 歳

Sex 性別 () Male 男 () Female 女

Your phone number in Japan ()

日本で使う電話番号

Email address we can reach you.

()

連絡可能な E メールアドレス

Address in home country

本国の住所

()

Nationality 国籍 () Native language 母語

()

Other language spoken ()

母語以外で対応可能な言語

Address or accommodation in Japan ()

住所または日本での滞在先

()

Special requirements for religious reasons. 宗教上で特別な配慮が必要な事項

Please understand that depending on the situation, we might not be able to comply with

your request. Approve はい Not approve いいえ

Signature_____

* 状況によりご希望に添えない場合もございますことをご了承ください

Type of health insurance 保険の種類

Do you have Japanese health insurance 日本の医療保険

Yes はい No いいえ

* Patients covered by oversea health insurance 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。ご帰国後、保険会社にご請求ください。

Approve

Signature_____

Method of payment 支払いの方法

bank account

Signature_____

Room preferred

shared room personal room

Signature_____

Have you been out of Japan in the last 6 months? 6ヶ月以内に日本以外の国に行き

ましたか？ () Yes はい (Country name 国名)
() 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 自宅電話あるいは携帯電話番号

()

Email address メールアドレス

()

Address 住所

()

Is this your first visit to this hospital? 当院へは初診ですか () Yes はい () No
いいえ

* Your personal information will be handled in accordance with the regulation 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。

Signature_____