

診療申請表

/診療申込書

请填写红框中的内容/赤枠内のみご記入ください

		受付日													
就診経歴 / 受診歴		<input type="checkbox"/> 初診/初めての受診 <input type="checkbox"/> 复診/過去に受診		介绍信 / 紹介状		※如果您未持规定的“介绍信”，您需要承担选定医疗费8,800日元。/所定の「紹介状」をお持ちでない場合は、医療費とは別に選定療養費として8,800円をご負担頂きます。									
姓名/患者氏名		<input type="checkbox"/> 有/有 <input type="checkbox"/> 无/無		性別		出生年月日		年齢							
假名/フリガナ				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		年 月 日		周岁							
现住址 (日本) / 現住所		邮编 / 〒		国籍		<input type="checkbox"/> 会日语 / 日本語可能 <input type="checkbox"/> 不会日语 / 日本語不可									
本国住址 / 海外の住所		邮编 / 〒		语言 / 言語		<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他 / その他 ()									
家庭电话 / 電話番号 (自宅)				可以沟通的语言 / 会話できる言語		<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他 / その他 ()									
手机号码 / 電話番号 (携帯)				母语 / 母国語											
第二联络方式 / 第2連絡先		假名/フリガナ		与患者的关系 / 続柄		语言 / 言語									
		姓名 / 氏名		()		电话号码 / 電話番号									
请在本日就诊的相关项目的□内打✓ / 本日受診に関係する項目の□にレを記入してください ※本院不受理以体检为目的的就诊。 / 本院は健康診断目的では受診いただけません。															
□目前在另一家医院住院/現在他病院で入院中			□工伤 / 労災			□怀孕 / 妊婦									
□上下班途中发生的交通事故/通勤途上の交通事故			□交通事故												
请在您希望就诊的诊疗科上打○															
3楼		13 耳鼻咽喉科・头颈部外科 / 耳鼻咽喉科・頭頸部外科		25 整形外科/形成外科		07 产科妇科/産科婦人科		09 神经科精神科/神経科精神科		11 皮肤科/皮膚科		12 泌尿科/泌尿器科			
		外科													
		60 消化外科/消化器		61 心血管外科/心臓血管		62 乳腺・内分外科/乳腺・内分泌		63 呼吸外科/呼吸器							
2楼		10 小儿科/小児科		15 麻醉科		17 脑神经外科/脳神経外科		19 小儿外科/小児外科							
		内科 2楼东/内科 2階東													
		51 消化内科/消化器		53 糖尿病・内分泌・代謝内科/糖尿病・内分泌・代謝		58 免疫内科/免疫									
		内科 2楼西/内科 2階西													
		52 循环内科/循環器		56 肾脏内科/腎臓		57 血液・腫瘍内科/血液・腫瘍		55 呼吸内科/呼吸器							
1楼		内科 1楼・综合诊疗门诊/内科1階・総合診療外来													
		23 综合诊疗科/総合診療科		41 感染病内科/感染症		54 神经・脳卒中内科/神経・脳卒中		59 老年・高血圧内科/老年・高血圧		06 骨科/整形外科		08 眼科		16 高度救命急救中心/高度救命救急センター	
B1楼		14 放射线科/放射線科													

以下、病院記入欄

受付	登録	期限	老退	任継	乳	最終受診日 (旧姓:)
						まで

CR-RX
 保険証
 紹介状



大阪大学医学部附属病院
 Osaka University Hospital