

Registration Form

受付日：

Please fill in the columns within the **red frame**. We regret to inform you that a general checkup at the hospital is not available.

受診歴	☐ First Visit	Letter of Introduction	※If you do not have a referral letter, you will be required to pay an additional designated medical care fee of ¥8,800, in addition to the regular medical treatment fees.	
	☐ Previous Visit	☐ Yes ☐ No		
Furigana				Sex
Name	[Family]	[First]	[Middle]	☐ Male ☐ Female
Date of Birth	YYYY	MM	DD	Age years old
Address in Japan	〒			
Phone Number (Home)	— —		Phone Number (Mobile)	— —
Second Contact	Furigana	Relation		
	Name	Phone Number		— —
Please mark the box ☐ for the items relevant to today's consultation.				
☐ Currently admitted inside another hospital ☐ Workers' Accident ☐ Pregnant Woman ☐ Traffic Accident on the way to Workspace ☐ Traffic Accident				

<For Foreign Nationals> Please fill in the information in the **blue frame**.

Nationality	Language		☐ Able to speak / understand Japanese ☐ NOT able to speak / understand Japanese	
Address abroad				
Languages you can speak	☐ English ☐ Other ()		Mother language	
Second Contact	Name		Relation	
	Languages he / she can speak		Phone Number	— —
For medical planning purposes, we kindly request a copy of the "status" and "visa" pages of your passport.			☐ Agreed. (Please submit your passport with this form.)	

Please circle the department in which you would like to receive treatment.

6F	Eye Center [Ophthalmology] (08)		5F	Center for Maternal, Fetal and Neonatal Medicine (07)	
2F	Metabolic Medicine (53)	Pediatrics (10)	Pediatric Surgery (19)	General Medicine (23)	Respiratory Medicine (55)
	Geriatrics and Hypertension (59)	General Thoracic Surgery (63)	Gastroenterological Surgery (60)	Clinical Immunology (58)	Hematology and Oncology (57)
	Breast and Endocrine Surgery (62)	Cardiovascular Medicine (52)	Cardiovascular Surgery (61)	Urology (12)	Nephrology (56)
	Gynecology (07)	Plastic Surgery (25)	Dermatology (11)	Gastroenterology and Hepatology (51)	Infectious Diseases (41)
1F	Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery (13)	Orthopaedic Surgery (06)	Anesthesiology (15)	Neurosurgery (17)	
	Neuropsychiatry (09)	Neurology (54)	Emergency and Critical Care Medicine (16)		
B1F	Radiology (14)				

CR-RX	枚	受付	登録	期限	老	退	任	継	乳	最終受診日
保険証	枚									
紹介状	枚									



受付日：

请填写红框中的内容。 本院不受理以体检为目的的就诊。

请填写红框中的内容。 本院不受理以体检为目的的就诊。									-					-	
就诊经历		☐ 初诊		介绍信		※如果您未持规定的“介绍信”，除医疗费以外您需要格外支付选定医疗费 8,800 日元。									
		☐ 复诊		☐ 有 ☐ 无											
假名														性别	
姓名		[姓] [名]												☐ 男性 ☐ 女性	
出生年月日		年 月 日								年龄		周岁			
现住址（日本）		邮编／〒													
家庭电话		- -						手机号码		- -					
第二联络方式		假名								与患者的关系					
		姓名								电话号码		- -			
如有与本日报社相关的项目的话，请在相关项目的□内打✓															
☐ 目前在另一家医院住院 ☐ 工伤 ☐ 怀孕															
☐ 上下班途中发生的交通事故 ☐ 交通事故															

非日本国籍的患者还需填写以下蓝框中的内容

国籍		语言	☐ 会日语 ☐ 不会日语	
本国住址				
可以沟通的语言	☐ 英语 ☐ 其他（ ）		母语	
第二联络方式	姓名		与患者的关系	
	可以沟通的语言		电话号码	— —
为了制定医疗计划，本院将复印您护照的“身份信息”和“签证”页面。			☐ 同意（请一并提交您的护照）	

请在您希望就诊的诊疗科上打○

6 楼	眼科中心（08）		5 楼	综合围产期母子医疗中心（07）	
	糖尿病·内分泌·代谢内科（53）	小儿科（10）	小儿外科（19）	综合诊疗科（23）	呼吸内科（55）
2 楼	老年、高血压 内科（59）	呼吸外科（63）	消化外科（60）	免疫内科（58）	血液·肿瘤内科（57）
	乳腺·内分泌外科（62）	循环内科（52）	心血管外科（61）	泌尿科（12）	肾脏内科（56）
	妇科（07）	整形外科（25）	皮肤科（11）	消化内科（51）	感染病内科（41）
1 楼	耳鼻咽喉科·头颈部外科（13）	骨科（06）	麻醉科（15）	脑神经外科（17）	
	神经科精神科（09）	脑神经内科（54）	救命急救科（16）		
B1 楼	放射线科（14）				

[illegible]