

診療申込書

(Outpatient Registration Form)

患者 ID =

※ 太枠内を記入してください。

		受診日	令和	年	月	日		
フリガナ	姓	名	性別 (sex)	生年月日 (Date of birth)				
氏名 (Name)			男(M) 女(F)	明	大	昭	平	令
住所 (Address in japan)	〒 (Zip)	-	電話番号 (Phone No.)	-	-			
	都道	区市	携帯電話番号 (Mobile Phone No.)	-	-			
	府県	郡	* マンション・アパート名・号室まで記入下さい。					
	町					号室		
	村							
緊急連絡先 (Emergency contact details)	氏名 (Name):	患者との関係 (Relationship):						
	住所 (Address):	都道	区市	町			号室	
		府県	郡	村				
	電話番号 (Phone No.):	携帯番号 (Mobile Phone No.):						
診療科 (Departments) に○をして ください	泌尿器科 (Urology)							
	循環器科 (Cardiology)							
紹介状持参 (Do you have a referral letter?)	はい (Yes) ・ いいえ (No)							
マイナ保険証の利用	はい (Yes) ・ いいえ (No)							
オンライン資格確認 限度額情報	赤心クリニックではオンライン資格確認を行っております 限度額情報をオンラインで照会する事に同意しますか?				はい (Yes)	・	いいえ (No)	
赤心堂病院受診歴	はい (Yes) ・ いいえ (No)							
※外国籍の患者様の み記入をお願いします。	国籍 (Nationality)		母国語 (Native language)		母国語以外対応 可能な言語 (Other languages spoken)			

※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。

(Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution)