

患者氏名 :
 患者ID :

English/英語

Patient Registration Form /診療申込書

| Name /氏名 | | | Sex /性別 | <input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女 | |
|--|--------|----------|--|--|-------------|
| Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日 | Year/年 | /Month/月 | /Day/日 | Age /年齢 | years old/歳 |
| Address or accommodation in Japan/住所又は日本での滞在先 | | | | | |
| | | | | | |
| Address in home country (for short-term visitors only)/本国の住所 (短期滞在者のみ) | | | | | |
| | | | | | |
| Phone No. (Home) /電話 (自宅) | | | Phone No. (Mobile) /電話 (携帯) | | |
| Nationality /国籍 | | | Interpreter request /通訳の希望 | <input type="checkbox"/> Yes/必要 <input type="checkbox"/> No/必要でない | |
| Native language /母国語 | | | Occupation /職業 | | |
| Other languages spoken /母国語以外に 対応可能な言語 | | | Special considerations required for religious reasons /宗教などの理由により 特別に配慮が必要な事項 | | |

| Emergency contact details/緊急連絡先 | | | | |
|---------------------------------|--|--|--------------------------------|--|
| Name /氏名 | | | Relationship /患者との関係 | |
| Address /住所 | | | | |
| Phone No. (Home) /電話 (自宅) | | | Phone No. (Mobile) /電話 (携帯) | |

| ●Residential status in Japan/日本での滞在状況を教えてください。 |
|--|
| <input type="checkbox"/> Resident/居住 <input type="checkbox"/> Short-term stay/短期滞在(<input type="checkbox"/> Business/ビジネス <input type="checkbox"/> Vacation/旅行) <input type="checkbox"/> Student/留学生 <input type="checkbox"/> Other/その他() |
| ●Reasons for choosing this hospital/clinic /当院を選んだ理由を教えてください。 |
| |

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

| | |
|---|--|
| ●Is this your first visit to this hospital/clinic? /当院の受診は初めてですか。 | <input type="checkbox"/> No/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい |
| ●Do you have a referral letter? /紹介状はありますか。 | <input type="checkbox"/> No/なし <input type="checkbox"/> Yes/あり () Name of referring medical institution /紹介元医療機関 () |
| ●Do you have an appointment? /予約はしていますか。 | <input type="checkbox"/> No/なし <input type="checkbox"/> Yes/あり |
| Type of health insurance/保険の種類 | |
| <input type="checkbox"/> Japanese health insurance/日本の保険 (<input type="checkbox"/> public/公的保険 <input type="checkbox"/> private/プライベート保険) <input type="checkbox"/> Overseas health insurance/海外の保険 (Name of insurance company/保険会社名:) | |
| *Please present your primary and/or other medical insurance certificate /保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください。 | |
| <input type="checkbox"/> Uninsured/保険に加入していない | |
| What kind of thyroid or parathyroid disease do you have? 希望される診療目的 | |
| <input type="checkbox"/> Thyroid cancer/甲状腺癌 <input type="checkbox"/> Thyroid nodule (benign or malignant) /甲状腺腫瘍 (良性悪性不明) <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism (Graves'disease, toxic nodule(s)) <input type="checkbox"/> Hypothyroidism (Hashimoto's disease, other)/甲状腺機能低下症 (橋本病、他) <input type="checkbox"/> Primary hyperparathyroidism/原発性副甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> Secondary hyperparathyroidism/二次性 (腎性) 副甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> Other/その他() | |

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

*We will take a copy of your photo ID for verification.
/本人確認ができる写真付き身分証明書のコピーをとらせていただきます。