

# 診療申込用紙 (Application Form)

\* 該当するものに○印をつけて下さい。(Choose the number and circle the one)

年 月 日

- 1 診 察 申 込 み Application for consultation
- 2 住 所 変 更 Change of address
- 3 氏 名 変 更 Change of name
- 4 カ ー ド 再 発 行 Reissue of ID CARD

受診科

---



ID No

(フリガナ)			性 別 Sex	旧 姓	
氏 名 Name			1 男 M		
			2 女 F		
生年月日 Date of Birth	1 . 2 . 3 . 4 . 5 明 . 大 . 昭 . 平 . 令	年 Year	月 Month	日 Day	歳 Age
(フリガナ)					
住 所 Address (in JAPAN)	〒		電 話 Phone	( )	
			携 帯 mobile	( )	
	都 道	区 市			
	府 県	郡			

紹介状 Letter of introduction	有 I have . 無 I don't have	今までに当院で診察を受けたことがありますか? Have you visited this hospital before?	有 Yes . 無 NO
受診相談	受付記入欄 保険種	日本の健康保険証は持っていますか? Do you have Japanese health insurance?	有 Yes . 無 NO

キリトリ

## 記入例

# 診療申込用紙 (Application Form)

\* 該当するものに○印をつけて下さい。(Choose the number and circle the one)

年 月 日

- 1 診 察 申 込 み Application for consultation
- 2 住 所 変 更 Change of address
- 3 氏 名 変 更 Change of name
- 4 カ ー ド 再 発 行 Reissue of ID CARD

受診科

---



ID No

(フリガナ)	ニッセキ	タロウ	性 別 Sex	旧 姓	
氏 名 Name	日 赤	太 郎	1 男 M		
			2 女 F		
生年月日 Date of Birth	1 . 2 . 3 . 4 . 5 明 . 大 . 昭 . 平 . 令	年 Year	月 Month	日 Day	歳 Age
(フリガナ)					
住 所 Address (in JAPAN)	〒	1 5 0 - 8 9 3 5	電 話 Phone	03 (3400) 1311	
			携 帯 mobile	090 (0000) XXXX	
	東京 都 道	渋谷 区 市			
	府 県	郡	広尾4-1-22		

紹介状 Letter of introduction	有 I have . 無 I don't have	今までに当院で診察を受けたことがありますか? Have you visited this hospital before?	有 Yes . 無 NO
受診相談	受付記入欄 保険種	日本の健康保険証は持っていますか? Do you have Japanese health insurance?	有 Yes . 無 NO