

診療申込用紙 (Application Form)

*該当するものに○印をつけて下さい。(Circle the number that applies)

20 年 Year 月 Month 日 Day

裏面「初診患者のみなさまへ」の記載事項を読み、理解しました。

はい Yes

I've read and understood the items on the back side "For first-visit patients".

- 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

受診料 Consultation Fee



日本赤十字社医療センター
Japanese Red Cross Medical Center

ID No

(フリガナ)				性別 Gender	旧姓 Maiden name
氏名 Name				1 男 M	
				2 女 F	
	姓 Family Name	名 First Name			
生年月日 Date of Birth	1 . 2 . 3 . 4 . 5	年 Year	月 Month	日 Day	歳 Age
	明 . 大 . 昭 . 平 . 令	Year	Month	Day	Age
(フリガナ)					
住所 Address (in Japan)	〒	電話 Phone ()			
		都道	区市	携帯 Mobile ()	
		府県 Prefecture	郡 City		

緊急連絡先 Emergency contact details

氏名 Name	患者との関係 Relationship
住所 Address	
電話(自宅) Phone No.(Home)	電話(携帯) Phone No.(Mobile)

今までに当センター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
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
マイナンバーカードを健康保険証として利用しますか? Are you going to use your "Individual Number Card" as a health insurance card?	有 Yes	無 No
紹介状をお持ちですか? Do you have a referral letter?	有 Yes	無 No

紹介状がないため、診療費の他に選定療養費11,000円を支払うことを了承します。 I agree to pay the extra fee (11,000yen) in addition to the consultation fee because I don't have a referral letter.	署名 Signature
--	--------------

国籍が日本以外の方は記入してください
Please fill out the following if don't have Japanese nationality.

日本語の可否 Do you speak Japanese?	可 Yes	否 No
母国語 First language	□ : 英語 English □ : 中国語 Chinese □ : スペイン語 Spanish □ : その他 Others ()	
国籍 Nationality		
証明書の種類 Types of ID	□ : 在留カード Residence card □ : パスポート Passport □ : 免許証 Driver's license ※証明書は写しをいただきますので、ご了承ください。 ※We will take a copy of your ID. We appreciate your understanding.	

日本の保険証を持っていない方、日本に居住していない方のみ記入してください
Please fill out the following if you don't have Japanese health insurance or if you don't live in Japan.

日本での滞在状況を教えてください Your status of stay in Japan

□ : 短期滞在 Short-term stay
 ↳ □ : ビジネス Business □ : 旅行 Vacation □ : 診療目的の来日 Visiting Japan for medical treatment

別紙、概算表を確認し診療費の支払いを了承します。 ↓ 署名 Signature
 I confirmed the estimate on a separate sheet and agree to pay the medical fee.

□ : 留学生 Student □ : その他 Other ()

初診患者のみなさまへ For the first-visit patients

当センターは、専門的・急性期医療を提供する地域医療支援病院に指定されております。つきましては、当センターを受診されるにあたって、下記3点の特性をご理解いただきますようお願いいたします。 院長

This Center is designated as **a Regional Medical Care Support Hospital that provides specialized and acute-phase care.**

Therefore, please understand the following three characteristics when you visit us.

Director of Japanese Red Cross Medical Center

記 Details

1. 当センターの医師は、『かかりつけ医[※]』にはあたりません。（産科・小児科を除く）
Doctors at the Center cannot be your "family doctors *". (Except for obstetricians and pediatricians)
2. 当センターでの診療終了後は、『かかりつけ医[※]』を始めとする他の医療機関へ紹介いたします。
After completing a medical treatment at the Center, we will refer you to other medical institutions or "a family doctor *".
3. 紹介後、再び当センターでの診療が必要になりましたら、『かかりつけ医[※]』などを通じて紹介状持参のうえご受診ください。再び診療に当たらせていただきます。
If you would like to come back to our Center, you are required to bring a referral letter from your "family doctor*" or other doctors.

上記3点をご理解いただけましたら、おもて面の回答欄に○印を記入のうえ、診療申込用紙をご提出ください。

If you understand the above three points, please circle "Yes" in the top-right column on the front side, fill out the other parts of the form and submit it.

※『かかりつけ医』とは、あなたの身近な医療機関で、地域医療、保健、福祉を総合的に担っている医師のことです。（日本医師会広報より抜粋）

* A "family doctor" is a doctor who is in charge of community medicine, health care and welfare at a medical institution in your neighborhood. (According to the public relations of the Japan Medical Association)