診察券No									
0	0	0		−					

診察時間帯	無	1	2	3	4

救急 ・ その他	来院時間 :

Japanese Red Cross Society English/英語
Yokohama city Minato Red Cross Hospital

Patient Registration Form
診療申込書

Date（記載日）: / /

フリガナ **Name/氏名**		**Sex/性別**	☐Male/男 ☐Female/女
Date of birth **/生年月日**	大・昭・平・令 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	☐Japan/日本 ☐(_____)	**Interpreter request** **/通訳の希望**	☐Yes/必要 ☐No/必要でない
Native language/母国語	☐Japanese/日本語 ☐(_____)	**Other spoken language** **/母国語以外に** **対応可能な言語**	
Do you speak Japanese? **/日本語**	☐Yes/話せる ☐a little/少し話せる ☐No/話せない	**Place of work/勤務先**	
Address(work) **/勤務先住所**		**Phone No. (work)** **/勤務先電話**	

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

☐Blood Transfusion/輸血 ☐Meal/食事

☐Medication/薬 ☐Others/その他 _____

●**Is this your first visit to this hospital?** **/当院の受診は初めてですか。**	☐Yes/はい ☐No/いいえ
●**Do you have a referral letter?** **/紹介状はありますか。**	☐Yes/あり（ ） Name of referring medical institution /紹介元医療機関（ ） ☐No/なし

＊If you are a new patient to this hospital and do not have a referral letter (a patient referral document) from another medical institution, you will be charged (5,500 yen) for a "SENTEI RYOYOHI", in addition to the first visit fee. ＊Excluding (People involved in industrial accidents, public disasters, traffic accidents,or those seeking medical treatments at their own expense people assisting in clinical trials.)

/初診時の患者様で、他の保険医療機関からの「紹介状（診療情報提供書）」をお持ちでない方が直接来院された場合、初診料とは別に「選定療養費」（5,500 円）を頂いております。＊労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の方は除く。

Emergency contact in japan（Those who other than Patient）/日本における緊急連絡先（患者さん本人以外）			
Name/氏名		Relationship/患者との関係	
Phone No. /電話		Native language/母国語	
Do you speak Japanese? /日本語	☐Yes/話せる ☐a little/少し話せる ☐No/話せない	Other spoken language /母国語以外に対応可能な言語	

●Residential status in Japan/日本での滞在状況を教えて下さい。

☐Resident/居住　☐Short-term stay/短期滞在(☐Business/ビジネス ☐Vacation/旅行)
☐Student/留学生　☐Other/その他(　　)

●Reasons for choosing this hospital/当院を選んだ理由を教えて下さい。

Type of health insurance/保険の種類

☐Japanese health insurance/日本の保険 (☐public/公的保険　☐private/プライベート保険)
☐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。
☐Uninsured/保険に加入していない

Medical departments you would like to visit/希望される診療科

01☐Internal Medicine/内科	13☐Plastic Surgery/形成外科	31☐Endocrinology and Diabetes /内分泌内科
02☐Respiratory Medicine/呼吸器内科	14☐Dermatology/皮膚科	32☐Hematology/血液内科
03☐Gastroenterology/消化器内科	15☐Urology/泌尿器科	33☐Nephrology/腎臓内科
04☐Cardiology/循環器内科	16☐Obstetrics and Gynecology /産婦人科	34☐Rheumatology/リウマチ内科
05☐Neurology/神経内科	17☐Ophthalmology/眼科	35☐Palliative Care/緩和ケア内科
06☐Allergy/アレルギー	18☐Otorhinolaryngology・Head and Neck Surgery/耳鼻科・頭頸部外科	40☐Breast Surgery/乳腺外科
07☐Pediatrics/小児科	18☐Neuro-otology/めまい	43☐Radio-diagnosis /放射線診断科
08☐General Surgery/外科	19☐Rehabilitation/リハビリ科	44☐Radiation Oncology /放射線治療科
09☐Thoracic Surgery/呼吸器外科	20☐Psychiatry/精神科	
10☐Cardiovascular Surgery/心臓血管外科	23☐Dental and Oral Surgery /歯科口腔外科	
11☐Neurosurgery/脳神経外科		
12☐Orthopedics /整形外科		

*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。

Below for hospital use (以下、病院記載欄)

救急外来	国・社	【介護保険】 有 ・ 無	【忘れ】 保・医・未	【乳児】 無・県外・自了	労災・公災	交通事故	第三者行為
【CD-R】 有・無	【老健入院中】 手紙有・無	区：担当		待ち時間了承 選定療養費了承	【入力者】	【確認者】	【保・返却者】

統計入力

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.