

# 就 诊 申 请 表

请您填写以下黑格内事项，并请您提示保险证。

将您想挂号的科划○。		※如果您有介绍信，请提示。	
1-①・大肠肛门功能科（肛门症状・便秘等）		1-②. 严重便秘门诊	
3・泌尿器科（需要化验尿，请您先不要排小便。）		2・消化器内科	
		4・心理内科(精神压力内科)	
您以前在我院看过病吗？			
1. 有（ 年 月）		2. 没有	
拼音		性 别	男 ・ 女
姓名			
生年月日	年 月 日（ ）岁		
地址 (短期在留者请填写本国地址)	〒 -		
手机号码	( ) -		
信箱号码	信箱 ( )	- 微信号 ( )	
您在日本的在留情况			
<input type="checkbox"/> 永驻		<input type="checkbox"/> 短期在留 ( <input type="checkbox"/> 商务 <input type="checkbox"/> 旅游 )	
<input type="checkbox"/> 留学生 ( 大学名 )		<input type="checkbox"/> 其他 ( )	
紧急联系方法			
联系人姓名		与您的关系	
联系人地址			
手机号码		微信号	
请填写您选择本院的理由		宗教信仰	

国籍	
母语	
翻译语言	
付款方法	现金 ・ 信用卡 ・ 其他 ( )

医院工作人员填写栏										受付時間 ( : )											
受付日											紹介医NO.	整理番号									
NO.												社 社 退 退 後 国 生 自 本 家 本 家 期 保 保 費									
保険者番号											公費番号										
記号・番号	・										受給者番号										
資格取得	年 月 日										資格取得	年 月 日									
有効期限	年 月 日										有効期限	年 月 日									
被保険者名											続柄										
(備考)												高 1・2・3 後 1・2・3									