## 診察申込書 Application for Medical Consultation

## ※裏面もご記入ください。 Please also fill out the other side.

恐れ入りますが、下記太枠内について記入いただけますようお願いいたします。 なお、ご不明な点がございましたら、受付担当者にお気軽にお尋ねください。

Please fill in the blanks with in the bold lines. If you have any questions, please feel free to ask the receptionist.

受付番号	

● 近の登録社に記印をして下さい。Please of a Ell of the deservatives by our wold like to dark  一意家・薩痛内科	旭云に民四区件入子例院に Have you visited Kansai Medical I					1∃ Yes	3	,		M No		
● 長山 (東京) 中の (中の )	ID No.			Date of application	申込月日							
□原表 世籍時刊	●希望の受診科に☑印を	して下さい。Please	put a ☑ in the departme					aay				
Proceedings	血体, <b>呼</b> 痘点似	Hematology and	糖尿病·	Diabetes/		Π	9B 4V		Onkales			
呼吸器外科	: 川液・腫腸内科		内分泌科	Endocrine Medicine			眼科		Ophthalmology			
呼吸器・感染症料 infectious Diseases Medicine Operations of Medicine Oper	呼吸器腫瘍内科	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Psychosomatic Medicin	ne		耳鼻咽喉科・頭頚	Otorhinolaryngology/ Head and Neck Surgery				
野央語外科	呼吸器・感染症科	Infectious Diseases	脳神経内科	Neurology			放射線科	Radiotherap	у			
解検索が料・ Cadevascalar Surgery	呼吸器外科	General Thoracic	精神神経科	Neuropsychiatry			総合診療科	General Clinical Department				
血管外科	循環器内科		小児科	Pediatrics			アレルギーセンタ	Allergy Center Outpatient				
血管外科 Ostrocortrological Medicine 知識的 Ostrocortrological Activity Medicine 知識的 Ostrocortrological Medicine 知識的 Ostrocortrological Medicine 知識的 Ostrocortrological Medicine 知識的 Ostrocortrological Medicine Activity Medicine Activ	循環器外科・	Cardiovascular Surgery	小児外科	Pediatric					<b>产</b> 科	Obstetrics		
演化管外科 Sustaininastinal Subph Breast Surgery	血管外科		ישרעטלי ני	Surgery	Surgery				/ <del>**</del> 151			
原化を持有 Surgery 認神能分科 Neurosurgery 類形外科 Neurosurgery 開みセンター Pain Center Emergency and Chincial Immunology 規念医学科 Emergency and Surgery 別ウマチ・ Rheumatology and Clinical Immunology		Medicine	乳腺外科	Breast Surgery				iviedicine	婦人科	Gynecology		
計版外科 Placetic Surgery St. April Proportic Surgery St. April Surgery Surgery Surgery Surgery Proportion Surgery Surgery Proportion Surgery Propo	消化管外科		脳神経外科	Neurosurgery			痛みセンター		Pain Center			
服務外科 Surgery	肝臓外科	Hepatic Surgery		Orthopedic Surgery			救急医学科	Emergency and Critical Care Medicine				
日常銀内科 Renal Medicine 形成外科 Plastic and Reconstructive Surgery 健康科学科 Health Science 智泌尿器外科 Nephrology/Urology 皮膚科 Dermatology  ●受診内容・該当するところに図印をして下さい。 Please put a 図 in your medical conditions you would like to consult.  他医療機関からの紹介 Procommendation from other medical institutions	胆膵外科	-			ical Immunology		歯科口腔外科		Dentistry and Oral Surgery			
●受診内容・該当するところに何即をして下さい。Please put a 如 in your medical conditions you would like to consult.    他医療機関からの紹介	取場中が											
●受診内容・該当するところに 図印をして下さい。 Please put a 120 in your medical conditions you would like to consult.    他医療機関からの紹介	育臧闪科	Kenal Medicine		Plastic and Reconstruc	tive Surgery	1			Health Sciences			
他医療機関からの紹介 Recommendation from other medical institutions	腎泌尿器外科	Nephrology/Urology	皮膚科	Dermatology	Dermatology (備考) Remarks							
他医療機関からの紹介 「from other medical institutions	●受診内容・該当すると	ころに図印をして下	さい。Please put a ☑	in your medicalconditions	you would like to co	onsu	ılt.					
一般病気(調子が悪い)   General Illiness (not feeling well)   交通事故によるケガ   accident injuries   健康診断   Physical examination   セカンドオピニオン   Second opinion   自分で起こしたケガ   Self-inflicted injuries   住 別	他医療機関からの紹介	from other medical		仕事中・通勤途中のケガ			精密検査 Cose inspection					
Ed カンドオピニオン   Second opinion   目分で起こしたケカ   Injuries   Injuries	一般病気(調子が悪い	. \ )	交通事故による	交通事故によるケガ accident			健康診断 Physical examination					
氏 名 Name  生年月日 Date of Birth Showw Helsei Reiwa Western calendar  フリガナ  住 所 Address お 道 区 府 県 郡  電 話 自宅 Phone number Home ( ) - Mobile telephone ( ) - Mobile	セカンドオピニオン	Second opinion	:日分で起こしたケガ									
氏名 Name  生年月日 Date of Birth Showe Helsei Reiwa Western calendar  サッタイ カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。 Please take a card for initial consultation, and fill out the application for medical consultation. ● 別診受付カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。 Please take a card for initial consultation, and fill out the application for medical consultation. ● 別診受付カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。 Please take a card for initial consultation, and fill out the application for medical consultation. ● 別診受付カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。 「今診料のわからない場合、診療受付の看護師にお尋ねください。 「今診料のわからない場合、診療受付の看護師にお尋ねください。 「すいは a cursure of the consultation fee, please ask the nurse at the medical reception desk. ● 紹介状をお持ちの方は、診療受付へご提示ください。	フリガナ	·	-									
Date of Birth Shows Heisei Reiwa Western calendar year month day  フリガナ  住所 Address 都道 区 所 県 郡  電話 自宅						_	S					
世代 所 Address お 道 反 所 県 お					•					歳)		
住所 Address お 道 区 所 県 郡		Heisei Reiwa	Western calendar		year	mor	nth day			age		
住所 Address 都道 区 那												
府 県 郡  電 話 自宅 Phone number Home ( ) - Mobile telephone ( ) - 紹介状 有 ・ 無 紹介状医療機関名 No N	住 所	407 VAE										
電話 自宅 Home ( ) - Mobile telephone ( ) - 紹介状 有 ・ 無 Referral Letter Yes No Mobile telephone ( ) - 翻介状 内 ・ 無 Alany of Referring Medical Institution Institution	Address											
紹介状 有 ・ 無 紹介状医療機関名 Name of Referring Medical Institution No	電話自宅携帯・その他											
Referral Letter Yes No Name of Referring Medical Institution  職員・職員家族のみご記入下さい(Only for Staff Use)  職員名  の初診受付カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。 Please take a card for initial consultation, and fill out the application for medical consultation.  受診料のわからない場合、診療受付の看護師にお尋ねください。 fyou are unsure of the consultation fee, please ask the nurse at the medical reception desk.  配名介状をお持ちの方は、診療受付へご提示ください。		、 有 ·	無									
職員名	Referral Letter	Yes	No		Name of Referring Med							
職員名   裏   線  ● 初診受付カードを取り、診察申込書を記入の上しばらくお待ちください。 Pelease take a card for initial consultation, and fill out the application for medical consultation.  ● 受診料のわからない場合、診療受付の看護師にお尋ねください。 If you are unsure of the consultation fee, please ask the nurse at the medical reception desk.  ● 紹介状をお持ちの方は、診療受付へご提示ください。		C人 r e い (Unly for				-	内					
Please take a card for initial consultation, and fill out the application for medical consultation.  ●受診料のわからない場合、診療受付の看護師にお尋ねください。 f you are unsure of the consultation fee, please ask the nurse at the medical reception desk.  ●紹介状をお持ちの方は、診療受付へご提示ください。	職員名											
lf you have a referral letter, please show it to the medical reception.  ●他院からの紹介状をお持ちでない方は、7,700円プラス別途消費税の 料金が必要となりますので、ご了承ください。 Please note that 7,700 JPY plus consumption tax is required for those	Please take a card for initial cons  ●受診料のわからない場合 If you are unsure of the consultati ●紹介状をお持ちの方は、 If you have a referral letter, pleass ●他院からの紹介状をお持 料金が必要となりますの	ultation, and fill out the app. 、診療受付の看護師に ion fee, please ask the nurs 診療受付へご提示くた e show it to the medical rec ちでない方は、7,700F で、ご了承ください。	blication for medical consult : お尋ねください。 ie at the medical reception の ささい。 ieption. 円プラス別途消費税の	ation.			受付者  登	登録者 子	予約者			

関西医科大学附属病院 KANSAI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

保険証 受取サイン signature

## アレルギーについての質問 Questions about allergies

今までに、<u>食べ物・お薬</u>で、<u>アレルギー症状</u>がでたことがありますか?

Have you ever had allergic symptoms to any food or medication?

※ 該当するところに☑をつけてください。 ※「あり」に図をされた方は内容をご記入ください。 ※Please check ☑ where applicable. XIf you have selected "Yes," please provide details. なしNo ① お薬 ありYes【 1 1 Medicine わからない Idon't know. なしNo 1 ] ② 食べ物 ありYes【 1 ] Food わからない Idon't know. ↓日本国籍以外の方はご記入ください。Please fill in if you are not a Japanese national. Nationality Native language /国籍 /母国語 Other languages spoken /母国語以外に対応可能な言語 Interpreter request ☐ Yes/必要 □No/必要でない /通訳の希望 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 Relationship /氏名 /患者との関係 Address Language /住所 /言語 Phone No. (Home) Phone No. (Mobile) /電話(自宅) /電話(携帯)

ID	No.								込月日 application	月 month	日 day
_		- 1									
	●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( )										
	Type of	health	n insui	rance/1	呆険の種	類					
				,					_		<b>.</b>
						•	oublic/1	公的保険	□private,	/プライベート保険	)
					海外の份						,
I(N	ame of	insura	nce co	mpany/	'保険会	社名:					)
* D	ı				1./	u.	1. 1.				
									e certificate	2	
/ 1 <del>3</del> 	快証や	その他	の医療	証をわり	守りの場	合はご	提示く7	:2 Vν°			
	المنام	. o d //□ [[	'仝 <i>I -</i> 韦ロ	7 1 71	· <del>/</del> > ! .						
	□Uninsured/保険に加入していない										
*Y	our ner	sonal i	nforma	ation wi	ll he ha	ndled in	accord	lance wit	h the regu	lations of the instit	tution
*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.  /患者さん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。											
, ,_	мысто	, III)	1131121-			, ,,,,,,	,				
*W	/e will t	ake a c	copy of	your p	hoto ID	for veri	ficatior	ı <b>.</b>			
/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。											
Patient/同意者(in person/本人): (Signature/署名)											
ra	uent/  ¤	」总有(	ın per	50川/ 个,	<b>八</b>					(Signa	ture/
	(Legal	repres	entativ	/e/代諾:	者):					(Signa	ture/署名)
	. 0	,			•					. 3	
	Relatio	nchin	with th	a natio	at/串耂	との関係	<b>z</b> •				
	iveiati0	nsilib /	ייונוו נוו	e patiei	ル/ 芯伯		₽ •				

