

REGISTRATION FORM  
【 診療申込書 】

--	--	--

- 保険診療の方は、健康保険証、限度額認定証、各種医療受給者証をご提示ください。
- 自由診療・交通事故・労災・第三者行為・健康診断で受診される方は、運転免許証又はパスポート、マイナンバーカード等写真付きの身分証明書をご提示ください。(コピーをさせていただく場合があります。)
- 紹介状持参の方は診療申込書を添えて11番窓口(メディカルサポートセンター)へご提出ください。

《 太枠内をご記入ください。 》

★	当院での受診は初めてですか? Is this your first visit?	はい YES	いいえ NO
★	紹介状はお持ちですか? Do you have a letter of Reference?	はい YES	いいえ NO
★	紹介状をお持ちでない場合は、初診時選定療養費 7,000円 + 消費税 をご負担いただきます。 If you do not have a referral, you are required to pay "7,000 yen + tax as special medical care coverage" in addition to the consultation fee.	同意する YES	
★	受付時保険証(もしくは身分証明書等)をコピーさせていただきます。 May I copy a health insurance card and ID?	同意する YES	同意しない NO
受診者 氏名 Name /of Patient	フリガナ (姓/Last Name)	旧 姓 (名/First Name)	性別 SEX 男 M · 女 F
生年月日 Date Of Birth	1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令 Y M D	年 月 日 Age	年齢 満 歳
現住所 Address in Japan	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		
		自宅(Phone) 携帯(Mobile)	( ) - - -
緊急 連絡先 (本人以外) Emergency contact in Japan	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] 氏名 続柄		
		自宅(Phone) 携帯(Mobile)	( ) - - -
★	本日の受診は? 該当する項目に☑をしてください。以下の項目以外の方は、初診窓口にお申し出ください。		
	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 健康診断(自費)	<input type="checkbox"/> 予防接種(自費) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 交通事故の怪我	<input type="checkbox"/> 工作中的怪我	<input type="checkbox"/> 通勤中の怪我 <input type="checkbox"/> 第3者からの怪我(自費)

◎ご記入いただいた現住所、電話番号(携帯)、緊急連絡先は、病院からの郵送物がある場合の送付先、必要時に病院から連絡しても良い番号として登録させていただきます。

◎保険証をご提示頂けない場合は、自費診療となりますのでご了承ください。

If you do not have a health insurance card you have to pay all the medical cost by yourself.

以下病院記入欄

受 診 科	呼吸器 内科	循環器 内科	消化器 内科	腎臓高血圧 内科	代謝内分 泌内科	脳神経 内科	血液 内科	リウマチ膠原病 アレルギー内科	総合診療 内科	
	30	31	32	33	34	35	36	37	38	
	腫瘍 内科	神経 精神科	小児科	消化器一般 外科	心臓血管 外科	呼吸器 外科	小児 外科	リハビリ 科	乳腺内分 泌外科	脳神経 外科
	39	04	05	51	54	55	21	22	56	19
	整形 外科	形成 外科	皮膚科	腎泌尿器 外科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	放射線科	麻酔科	健康診断 センター
09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

保 険	受 付 入 力 確 認	<input type="checkbox"/> 選定療養費説明 <input type="checkbox"/> 明治大学学生
--------	----------------------------	---