

# 就 诊 申 请 表

○请填写申请表。填写完成后，请放入初诊柜台的小子内。

(申込書にご記入後、初診受付のボックスに入れてください。)

○受理时间 8:30 - 11:00

日期:	年	月	日		
姓名	姓 名		性别	□男 □女	
出生日期	年	月	日	年龄	
现居住地址	〒 _____				
	县:	市:	区:	町:	
您在自己国家的居住地址 (自国の住所)					
电子邮件 (メールアドレス)					
电话号码 (電話番号)	-		-		
手机号码 (携帯番号)	-		-		
职业 (職業)					
办公室电话 (会社の電話番号)	-		-		
您使用的语言 (使用可能な言語)					
介绍信 (紹介状)	□有	□无	出具介绍信的医疗机构名称 (紹介元病院等の名称)		
其它资料 (紹介状以外の持参物の有無)	□有 → □X光 (レントゲン) □CT □MRI核磁共振成像 □其它 (その他) ( ) □无				
请圈出您选择就诊的科室 (受診科に○をつけてください)	21 综合内科・综合诊疗科 (総合内科・総合診療科)		39 血液内科 (血液内科)		
	22 脑神经外科 (脳神経外科)		40 皮肤科 (皮膚科)		
	23 脑神经内科 (脳神経内科)		41 骨科 (整形外科)		
	24 精神科 (精神科)		42 整形外科 (形成外科)		
	26 眼科 (眼科)		43 麻醉科 (麻酔科)		
	27 耳鼻咽喉科・头颈部外科 (耳鼻咽喉科・頭頸部外科)		44 肾脏内科 (腎臓内科)		
	28 呼吸内科 (呼吸器内科)		45 泌尿科 (泌尿器科)		
	29 呼吸外科 (呼吸器外科)		46 妇产科 (産科婦人科)		
	30 心血管内科 (循環器内科)		47 放射线诊断科 (放射線診断科)		
	31 心血管外科 (心臓血管外科)		48 放射线治疗科 (放射線治療科)		
	32 消化内科 (消化器内科)		49 小儿外科 (小児外科)		
	33 消化外科 (消化器外科)		52 癌症化学疗法科 (がん化学療法科)		
	34 移植外科 (移植外科)		53 感染性疾病科 (感染症科)		
	35 内分泌・糖尿病内科 (内分泌・糖尿病内科)		54 急救中心 (救急集中治療科)		
	36 风湿・免疫科 (リウマチ・膠原病科)		55 康复治疗科 (リハビリテーション科)		
	37 乳腺外科 (乳腺外科)		56 遗传诊疗科 (遺伝子診療科)		
	38 小儿科 (小児科)		◆ 牙科 (歯科)		

-未持有相关医疗机构介绍信的患者也可以就诊。但是，按照日本法律规定，初诊时需要支付选定疗养费。

-在您的病情稳定时，我们会建议您转去其他日本医疗机构，如果您决定继续在本院复诊，那么也需要支付选定疗养费 (复诊患者)

-他病院からの紹介状がなくても初診受診可能ですが、日本の法律により別途に選定療養費をお支払いいただくこととなります。

-症状が安定し、当院から他病院での受診を勧めたにもかかわらず、自己都合により当院を再度受診された場合、選定療養費(再診患者)をお支払いいただくこととなります。

	医科门诊	牙科门诊
初诊患者:	13,200円(含税)	5,500円(含税)
复诊患者:	3,300円(含税)	2,090円(含税)

→ 请继续阅读背面内容

## 1. 是否因交通事故或者工伤而接受治疗？

交通事故又は仕事中の怪我による受診ですか。

是  否

## 2. 是否持有日本健康保険卡？

日本の保険証をお持ちですか。

**提示：如果没有日本健康保険卡，本院需要复印您的护照和信用卡。**

保険証をお持ちでない場合、パスポート及びクレジットカードをコピーさせていただきますので、ご提示願います。

## 3. 您是否正在其它医院住院治疗？

他病院に入院中ですか。

是  否

## 4. 您是否持有日本国籍？

日本国籍者ですか。

是  否

## 5. 您是否在日本居住？

日本在住者ですか。

是  否

**如果上述2, 4, 5的回答均为「否」，那么诊疗费按照1点 = 30日元来计算。**

上記質問2, 4, 5に対して全て「No」と答えた場合、診療費は1点30円で計算されます。

**本人(患者) 同意以上の诊疗费计算方法。**

私(患者)は、上記診療費のための算定方法について同意します。

---

签名 (署名)