

外国人(日本国籍を持たない人)患者情報確認書

Foreigner (non-Japanese nationality) Patient Information Confirmation Form

広島大学病院へ受診される外国人患者さんへの診療支援の目的で、以下の情報確認についてご協力お願いいたします。

尚、個人情報については、保護されるものです。

For the purpose of medical support for foreign patients who visit Hiroshima University Hospital, we ask for your cooperation in confirming the following information. Personal information is protected.

1. 患者情報 Patient Information	名前 Name
	性別 Sex ☐ 男 Male ☐ 女 Female
	生年月日 Date of Birth (Year/Month/Date)
2. 国籍 Nationality	国名 Nationality (※必ずご記入ください *Mandatory)
3. 可能な言語 Available Language	☐ 日本語 Japanese ☐ 英語 English ☐ 英語以外 Others ()
4. 通訳について Interpretation	☐ 要 Required ☐ 不要 Not Required 要の場合 帯同について If required, will you accompany any interpreter by yourself? ☐ 有り(通訳の手配不要) Yes (No need for arrangement) ☐ 無(手配が必要) No (Need interpreter arrangement)
5. 保険加入情報 Insurance	☐ 国保 National Health Insurance ☐ 後期 Older Senior Citizens' Medical ☐ 社保 Social insurance ☐ 海外医療保険(海外旅行保険含む) Overseas medical insurance (including overseas travel insurance) ☐ 保険なし No Insurance

6. その他 支払い方法など Payment	☐ クレジット Credit Card ☐ 現金 Cash ☐ 保険会社、仲介企業など Insurance companies, Intermediaries, etc. * 情報があればご記入ください。Please fill in if any information.
------------------------------	---

VISA (Conditions)について

☐ 居住 Residen ☐ 留学生 Student ☐ 技能実習生など Technical Intern Trainee etc.	(在留外国人) Foreign Resident
☐ 短期滞在 Short-term stay ☐ ビジネス Business ☐ 旅行 Tourism	(訪日外国人旅行者) Foreign tourists visiting Japan
☐ 米軍関係 US military	(米軍関係) US military
☐ 医療目的渡航 Medical Travel	(渡航受診者) Travel patient

記入後 FAX 送信をお願いします。Please fill out and fax it to us.

〒734-8551
 広島市南区霞一丁目 2 番 3 号
 1-2-3 Kasumi, Minami-ku, Hiroshima City
 広島大学病院 地域連携
 Regional Cooperation
 FAX 082-257-5489