

# 診療申込書

問合せ者情報		国籍	
氏名		電話	
住所			
患者情報		国籍	
氏名(漢字)		氏名(ローマ字)	
生年月日		電話	
住所			
目的	<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 人間ドック
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン		
希望訪日時期			<input type="checkbox"/> 未定
家族歴（ご家族の中、大きな病気などありましたらご記入ください。）			
既往歴（今までかかった大きな病気や受けた手術などありましたらご記入ください）			
現病歴（今回診断された病気や現在治療中の病気などありましたらご記入ください）			
現在の症状（どんな症状、いつ頃からをご記入ください）			

- ※
- ① 家族歴や既往歴がない場合は「無い」とご記入ください。
  - ② 母国で受診した診療情報がある場合、添付してください。
  - ③ 外国語の診療情報は英語あるいは日本語に訳してから添付してください。
  - ④ いただいた診療情報につきましては、業務以外の目的には使用しません。

# 咨询申请表

申请人信息		国籍	
姓名		电话	
住所			
患者信息		国籍	
姓名	(姓名) 拼音		性别
出生日期		电话	
住所			
目的	<input type="checkbox"/> 诊断	<input type="checkbox"/> 治疗	<input type="checkbox"/> 精密体检
	<input type="checkbox"/> 第二诊疗意见		
预定访日时间			<input type="checkbox"/> 未定
家庭成员健康状况 (父母、兄弟姐妹或同居者中患有重大疾病的话, 请填写社会关系、病名)			
既往史 (患者出生至今患过重大疾病或接受过手术的话, 请填写当时的年龄及病名、手术名称)			
现病史 (目前被诊断或正在接受治疗的疾病)			
目前的症状 (什么症状? 什么时候开始的?)			

- ※
- ① 没有病史的话请写「无」。
  - ② 请附上国内就诊时的检查结果及病历。
  - ③ 海外病历原则上请提供日文或英文的译本。
  - ④ 我们收到的个人情报不用于业务以外的任何目的。

# APPLICATION FORM

<b>Applicant information</b>		Nationality	
Name		Phone	
Address			
<b>Patient information</b>		Nationality	
Name		Sex	
D.O.B		Phone	
Address			
Reason	<input type="checkbox"/> Diagnosis	<input type="checkbox"/> Treatment	<input type="checkbox"/> Health Screening
	<input type="checkbox"/> Second Opinion		
Plans to visit Japan		<input type="checkbox"/> TBD	
Family history (Please list any major diseases in your family)			
Past medical history (Please describe any diseases or surgeries you have had)			
History of present illness (Any diseases that have been diagnosed or under treatment)			
Current symptoms (What symptoms are you suffering from and when did they start)			

- ※
- ① If there is no FH or PMH, please write **None**.
  - ② Please attach medical information received in your country, if any.
  - ③ Please translate foreign language into Japanese or English before attaching.
  - ④ The private information we receive will not be used for any other purpose.