

Patient Registration Form / 診療申込書

Name /氏名					Sex /性別		·	□Female/女	
Date of birth (YYYY/MM/DD)	Year	年	Month/月	^{Day} /日	Age /年齢		У	rears old/歳	
Address or accommodation in Japan/住所又は日本での滞在先									
Address in home country (for short-term visitors only)/本国の住所(短期滞在者のみ)									
, radices in neme	courtery (0. 0			1144	1 () 11) 43/	112 12 13		
Discuss No. (Haras	>			Dlassas	NI- /NI-I	:1->			
Phone No. (Home) /電話(自宅)					Phone No. (Mobile) /電話(携帯)				
Nationality /国籍					Interpreter request /通訳の希望			s/必要 /必要でない	
Native languag	е			Oc	Occupation				
/母国語					/職業				
		Special considerations							
Other languages	S	required for religious							
spoken /母国語以外に		reasons							
対応可能な言語		/宗教などの理			どの理由に	より			
		特別に配慮が必要な事項							
Emergency conta	ct details	/緊急	連絡先				_		
Name					Relationship				
/氏名					/患者。	との関係			
Address									
// // // //	`			DI N	(h4 1 ! 1				
Phone No. (Home /電話(自宅)	e)				lo. (Mobile) (携帯)				
●Residential status in Japan/日本での滞在状況を教えて下さい。									
□Resident/居	 住 □S	□Short-term stay/短期滞在(□Business/ビジネス □Vacation/旅行)							
□Student/留气	学生 □0	ther/	その他()				

1/2

患者氏名 :

患者ID : English/英語 Reasons for choosing this hospital/clinic /当院を選んだ理由を教えて下さい。 ● Is this your first visit to this □No/いいえ hospital/clinic? □Yes/はい /当院の受診は初めてですか。 □No/なし □Yes/あり(• Do you have a referral letter? /紹介状はありますか。 Name of referring medical institution /紹介元医療機関(• Do you have an appointment? □No/なし /予約はしていますか。 □Yes/あり Type of health insurance/保険の種類 □Japanese health insurance/日本の保険 (□public/公的保険 □private/プライベート保険) □ Overseas health insurance/海外の保険 保 険 会 社 (Name of insurance company/ 名:) *Please present your primary and/or other medical insurance certificate /保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください。 □*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution. /患者様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。

 \square *We will take a copy of your photo ID for verification.



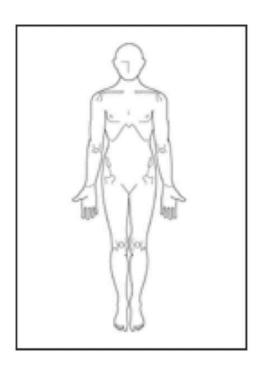
Medical Questionnaire / 診療問診票

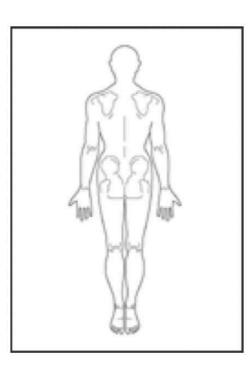
Access to medical care is a basic patient right. For that we need accurate information about you. Our clinic wants to help you relieve your pain. Please answer the following questions as best you can.

1. What is the reason for your visit today?

Please circle where you have symptoms on the chart on the right.

本日の受診の理由は何ですか。症状があるところを右図に○で記して下さい。





- 2. How does it interfere with your life? 生活にどのような支障がありますか。
- 3. Since when? いつ頃からですか。
- 4. Was there any reason at that time? Yes /No

(cause:

その時何か原因がありましたか。

患者氏名 : 患者ID :	English/英語
5. Where have you seen the symptom before? yes/No (where)
What kind of treatment did you receive at that time?	
$\label{eq:medicine} \textit{medicine} \cdot \textit{Injection} \cdot \textit{Rehabilitation} \cdot \textit{Electrical therapy} \cdot \textit{Acupuncture} \cdot \\ \textit{Other} ($)
今までにその症状をどこかで診てもらいましたか。 またどのような治療を受けましたか。	
6. Have you ever been told that you have an allergic predisposition or a predisposition?	an abnormal
yes (
アレルギー体質や異常体質と言われたことがありますか。	
7. Have you ever felt sick or had a rash from an injection or medicine?	Yes (details if
Have you ever had an abnormality after receiving an anesthetic injected dental clinic, etc.?	tion at a
注射や薬で気分が悪くなったり発疹が出たり、 今までに歯科等で麻酔注射を受けて異常が出たこと	こがありますか。
8. Do you currently have any medical conditions? 治療中の病気はありますか。	
Yes (preferably detailed: hypertension, diabetes, asthma, glaucoma, neurolo heart disease, kidney disease, liver disease	gical disease,
Medication(
9. Have you ever had any surgery? (details if possible) 手術をされたことがあ	りますか

10. .Are you currently pregnant or breast-feeding? Yes/ No 現在 妊娠、授乳中ですか?