**患者様記入表**

**患者様情報：**

\* 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* 性別：□男 □女 婚姻状態：□結婚 □独身

\* 生年月日：\_\_\_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_\_\_\_日 \* 身分証明書番号/パスポート护照：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* 国籍：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 宗教信仰： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

第一言語：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 第二言語： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**滞在理由：**□親族訪問　 □勉強 □仕事のため居住 　□旅行者 □中国国民 □その他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**連絡先：**

\* 携帯電話番号**：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 自宅電話番号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 勤務先電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* 現住所：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Emailアドレス:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**緊急連絡先：**

\* 緊急連絡者\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*患者との関係 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*電話番号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ その他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* お支払い方法：***受診当日にお支払いいただいております。ご了承ください。*

1. □現金
2. □クレジットカード 信用卡 持ち主 持卡人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. □保険会社 第一保険会社名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保険番号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 有効期限：年\_\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_\_

*他の保険会社へのご加入はございますか❓有の場合；*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. □その他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Ｅメール利用に関して：**

□　はい　 Ｅメールを利用してYosemite Clinicと連絡を取り合います。

□　いいえ 　 診療情報に関してEメールではYosemite Clinicと連絡を取りません。

（受取を選択した場合、本人の医療情報　例　医学証明書　検査結果等をＥメールを通してお送りしますので 個人メールアドレスの記入をお願い致します。）

**\* 携帯電話番号でのメッセージの利用（情報提供や予約確認など）　同意　短信知情同意书：** □はい 是□いいえ 不是

**\* ヨセミテクリニック当院を知ったキッカケは何ですか？**

□ホームページ 　 □友人 □Whenever 　　 □ジャピオン　　 □Wecht 　 □保険会社 □学校　　□幼稚園 保育園

□他の医師からの紹介\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □イベント\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □その他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**本人確認の上：**

**\* 患者様署名または記名捺印：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日付：\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_\_ 日**

**両親或法的代理人署名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日付：\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_\_ 日**

注意事故：　＊のマークが付いてる項目は全てご記入お願いいたします。