

診察申込書 REGISTRATION

氏名 PRINT NAME	LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
	か 姓	か 名	
生年月日 DATE OF BIRTH	昭和／平成／令和 YYYY	年 月 日 MM DD	年齢 AGE

性別 SEX	<input type="checkbox"/> 男性／MALE <input type="checkbox"/> 女性／FEMALE	国籍 NATIONALITY		職業 OCCUPATION	
-----------	--	-------------------	--	------------------	--

住所 RESIDENT ADDRESS IN JAPAN / NAME OF HOTEL & ROOM NO.	
自宅電話番号 RESIDENT PHONE NO.	携帯電話番号 MOBILE PHONE NO.
E メールアドレス E-MAIL ADDRESS	

サービス規約 TERMS AND CONDITIONS CONSENT

以下の規約をご確認の上、内容をご了承いただける場合にはご署名をお願いします。

- ニセコインターナショナルクリニック（以下、当院）で発生した治療費は来院当日に全額お支払い頂きます。
- 当院が取得した患者様の診察情報、病床歴、処方箋等を含む個人情報は当院にて以下の理由にのみ使用いたします。
また、同等の理由においてのみ、第三者に提供させていただきます。
 - ① 必要な治療行為を行うため、また他院への紹介や特別な診察を行うため
 - ② 保険会社からの要請
- 当院内での写真撮影は他の患者様のプライバシー保護の観点よりご遠慮頂きます。

TO INDICATE YOUR UNDERSTANDING AND APPROVAL, PLEASE FILL IN YOUR SIGNATURE AND DATE IN THE BOX.

- All patients are required to settle payment on the day that services are provided by Niseko International Clinic (hereafter referred as NIC).
- Personal information including all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment, as well as copies of hospital or medical records provided by the patient will be used by NIC and shared with any third party only in the following circumstances;
 - ① To liaise with external medical providers for patient care. (e.g. referral for imaging or specialist care)
 - ② In the case of direct requests from insurance companies.
- To protect other patient's privacy, photo taking within the entire clinic is prohibited.

署名 SIGNATURE		日付 DATE	年 月 日 YYYY MM DD
-----------------	--	------------	---------------------

問診票 MEDICAL QUESTIONNAIRE

氏名 PRINT NAME		日付 DATE	
------------------	--	------------	--

本日の来院は交通事故もしくは勤務中のケガや疾患によるものですか？ Is your visit today because of motor vehicle accident or work-related issues?	はい Yes	いいえ No
本日はどのような症状で来院されましたか？ What are the symptoms for your visit to the clinic?	いつからですか？ Since when?	
今まで、または現在治療中の病気・ケガがあればご記入ください。 Please list any medical conditions/health problems you have or had in the past.		
現在飲まれているお薬があればご記入、もしくはお薬手帳をご提示ください。 Please list any medication(s) you are taking.		
お薬や食べ物など、何かアレルギーがあればご記入ください。 Please specify any food or drug allergies if you have.		
女性の方のみ：現在妊娠されていますか、もしくはその可能性はありますか？ Female only: is there a possibility you could be pregnant?	はい Yes	いいえ No

ニセコをご出発される日（旅行者のみ） Departure dates (short-term visitors only)	From Niseko
	From Japan

診断書をご希望の場合は以下より選択してください。 Please select the medical certificate or CD-R with X-ray images from below when in need. In many cases, but not always, it is required when you make a claim on your insurance.			
日本語 Japanese	英語 English	後日依頼 Order and pay via PayPal later	CD-R with X-ray images
¥5,000 +tax	¥5,000 +tax	¥6,000 +tax	¥3,000 +tax