

### 初診受付用紙 Registration Form

日付(Date)...../...../.....	診察券番号(H.N.).....
薬や食べ物のアレルギーはありますか？(Have you any drug or food allergies?) <input type="checkbox"/> 無し(No known allergy) <input type="checkbox"/> 有り(Yes) <input type="radio"/> ゴム製品(Latex) <input type="radio"/> 薬剤名(Drug) ..... 症状 (Symptom) ..... <input type="radio"/> 食品名、その他のアレルギー要因 (Food/ Other) ..... 症状 (Symptom) .....	
<b>Patient Information</b>	
英語タイトル(Title name) <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Other ..... 性別(Gender) <input type="checkbox"/> 男性(Male) <input type="checkbox"/> 女性 (Female) 名前(Name)..... ミドルネーム(Middle name)..... 苗字(Last name)..... 生年月日(Date of Birth: DD/MM/YYYY)..... /...../..... 年齢(Age)..... 双生児(双子)がいますか。(Twin) <input type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> いいえ (No) 婚姻暦(Your Status) <input type="checkbox"/> 独身(Single) <input type="checkbox"/> 既婚(Married) <input type="checkbox"/> 未亡人(Widowed) <input type="checkbox"/> 離婚(Divorced) <input type="checkbox"/> 僧侶(Priest)	
パスポート番号(Passport No.) ..... (as copy) <input type="checkbox"/> パスポート無し(Do not bring passport)	
国籍(Nationality)..... 居住国(Country of Residence)..... 宗教(Religion)..... 職業(Occupation)..... 以下のひとつを選んでください(Please select one of the following:) <input type="checkbox"/> 治療目的での来タイ(I have traveled to Thailand primarily to receive medical services) <input type="checkbox"/> タイ駐在 I live in Thailand (ロングステイ long-stay resident, 国外居住者 expatriate, 永住 permanent-stay) <input type="checkbox"/> 観光(Tourist) / 短期滞在(Visitor) / その他(Other).....	
現住所(Residence address:) ..... ..... 郵便番号(Zip code)..... 自宅電話番号(Home Phone no.)..... 携帯電話番号(Mobile Phone No.)..... ファックス番号(Fax. Phone no.)..... メールアドレス(E-mail Address) ..... タイ国内の住所(Address in Thailand:)..... ..... タイ国内の郵便番号(Thailand Zip code)..... 自宅電話番号(Home Phone no.)..... 携帯電話番号(Mobile Phone No.) .....	
<b>Contact person in case of Emergency</b>	
緊急時の連絡先氏名(Name & Last name)..... 患者との続柄(Relationship to patient)..... <input type="checkbox"/> 同上(Same as above) <input type="checkbox"/> その他の住所 Other address, (please specify)..... ..... 郵便番号 (Zip code)..... 自宅電話番号(Home Phone no.)..... 携帯電話番号(Mobile Phone No.) .....	
<b>Office Use Only</b>	
Information registration by..... Department /Clinic ..... Date ...../...../.....	