

ID:

患者申请表

Today's Date: _____ / _____ / _____
(MM/DD/YYYY)●请填写下表。
*表示必填字段

患者信息

姓*				名*		
出生日期*	/ / (MM/DD/YYYY)	性别*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍*		
语言*	宗教 (如果您愿意告知)					
现在的住所*	邮政编码 ()					
日本的住址	(〒 -)					
电话*	第一联系电话			第二联系电话		
	*我们能否透露我们的名称(癌研医院)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
电子邮件地址*						
您现在的就诊医院				转诊* 是否有介绍信?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
付款方式*	<input type="checkbox"/> 日本国民保险 <input type="checkbox"/> 自费					

代理人信息(如有)

姓				名		
出生日期	/ / (MM/DD/YYYY)	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	语言		
与患者关系				仲介公司名 (如果是中介公司申请的话, 请填上公司名。)		
地址	邮政编码 ()					
电话	第一联系电话			第二联系电话		
电子邮件地址						

如您回答反面的问题,将不胜感激。

