



LONDON
IRYO
CENTRE

< 記入例 >

実際にご記入いただく初診票は
3~4ページ目にあります。

P.P.P 一般	HOM 自宅	COM 会社	INS. 保険	OTHERS その他
DHSS 社保	INS. 海旅	OTHERS その他		
GP	CON	H/C	DEN	DIA

PATIENT INFORMATION

記入はローマ字でお願い致します Please print in English

日付
Date 15/04/05

患者番号 Patient Number	家族番号 Family Number
------------------------	-----------------------

ご本人に関する事項 Personal Details	
姓 Mr/Mrs Surname (Miss / Master) SUZUKI	名 First Name Kaori
漢字 鈴木	香
生年月日 Date of Birth 21/04/90	年齢 Age 14
性別 Sex M / (F)	<input type="checkbox"/> Married 既婚 <input checked="" type="checkbox"/> Single 未婚 <input type="checkbox"/> Divorced 離婚 <input type="checkbox"/> Widowed 未亡人
英国の住所/滞在先 Address in UK 234 Hendon Way, London	
(ホテルご滞在の場合は、部屋番号もご記入ください)	
Post Code NW4 3NE	
☎ 020 8202 7272	携帯 ※必須(ご家族のものでも構いません) Mobile Phone 07789 234 xxx
	Eメール E-mail kaorisuzuki@xxxmail.com
英国ご滞在の目的 Purpose of Being in UK <input checked="" type="radio"/> ①駐在 Business <input type="radio"/> ②留学 Study <input type="radio"/> ③旅行(出張) Travel/Visit <input type="radio"/> ④その他 Others	
勤務先(学校名) Employer(School) Hendon International School ☎ 020 8234 xxxx	
来英日 Date of Arrival 30/03/2003	離英予定日 Date of Departure (お分かりにならない時は、およその年度をご記入ください) / 03/2008
日本の住所 東京 都 道 千代田 郡 市 区 神田 3-5 ☎ 03 3353 xxxx	

あなたの配偶者又は保護者 Spouse or Father	
姓 Surname SUZUKI	名 First Name Hiroshi
漢字 鈴木	弘
生年月日 Date of Birth 24/10/60	続柄 Relationship Father
職業/勤務先 Occupation / Employer Suzuki International Plc ☎ 020 7805 xxxx	

ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共に滞在でない場合もご記入ください)			
名前 Name	生年月日 D.O.B. (続柄)	名前 Name	生年月日 D.O.B. (続柄)
① Hiroshi	24/10/60 (Father)	④	()
② Emiko	05/02/65 (Mother)	⑤	()
③ Kenji	17/12/92 (Brother)	⑥	()

緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency		続柄 Relationship
Mr/Mrs 姓 Surname SUZUKI	名 First Name Takashi	続柄 Relationship Grand father
住所 Address 3-5 Kanda, Chiyoda-ku, Tokyo		
(日本のご実家にお住まいの方など、ご同居でない方をローマ字でご記入ください)		
☎ 0081 3 3353 xxxx	E-mail	Post Code 1010000

当センターをどのようにお知りになりましたか? Reccomended By		
<input checked="" type="checkbox"/> ①知人の紹介 Friend	<input type="checkbox"/> ②旅行会社 (添乗員・ガイド等) Travel Agent / Tour Conductor ()	<input type="checkbox"/> ③保険会社 (パンフレット等) Insurance Guide Book ()
<input type="checkbox"/> ④旅行ガイドブック Travel Guide Book ()	<input type="checkbox"/> ⑤当センターの広告 Advertisement ()	<input type="checkbox"/> ⑥その他 Others

※裏面に続く

請求書送付先 Address of Invoice	(会社請求をご希望の方はご記入をお願い致します)
名前 Name	Hiroshi Suzuki
会社名 Company name	Suzuki International Plc
住所 Address	76 Patient Road, London
Post code	S35 3EA ☎ 020 7805xxxx E-mail hiroschi@xyza.com

旅行保険・医療保険をご利用の方はご記入をお願い致します	Insurance information		
保険会社名 Insurance Company	LIC Marine & BCHC Fire Insurance Co.		
保険証券番号 Policy No	1234-888	保険の種類 Type of Insurance	海外旅行傷害保険
被保険者 Insured	SUZUKI Kaori	保険者 Policy Holder	
保険期間 Period of Insurance	自 From 01/01/05	至 To	31/12/05
保険限度額 Insured Limit	疾病 Sickness 1000万円	傷害 Accident	1000万円
保険の特記事項 (既往症などで保険対象から外されているもの等) Special Conditions/ Exclusions	保険証書と身分証明書(パスポートなど)を必ずお持ちください		

誓約書 Guarantee

私は、貴センターより海外旅行傷害保険/医療保険のキャッシュレス・サービスにより診察を受けましたが、当診察費の全額又は一部に私の保険の適応がなされなかった場合は、貴センターにご迷惑をおかけすることなく、その治療費用の全額又は残額をお支払いすることをお約束致します
In the event of non-payment of any invoices or the rejection of any claims by my insurance company, I agree to settle such outstanding accounts personally direct to the London Iryo Centre.

(お子様の場合は、ご両親によるご署名をお願いします)

署名 Signature Hiroshi Suzuki

日付 Date 15 / 04 / 05

家庭医に関するご質問 GP Information	
英国で家庭医(国営医療・私立)に登録されていますか? Are you registered with a GP?	はい / いいえ Yes / No
登録されている家庭医の住所と名前 Registered GP's Name and Address	
名前 Name Dr	Dr. X Smith
住所 Address	123 Lic Street
	London
Post code	N42 8AA ☎ 020 7888 xxxx E-mail smith@xxx.co.uk

同意書 Consent

私は、医療診察に必要なレントゲン写真、その他を行い、又治療や投薬を医師が行うことを許可します。又、必要な助手を使うことも許可します。
もし麻酔剤を使用する場合、ある程度の危険が有ることも承知致します。このクリニックで行われた私、あるいは私の家族の医療費の支払の責任を承諾します。

In respect of myself/ my son / daughter / charge Kaori SUZUKI

I hereby authorise the Doctor to take such X-rays radiographs or photographs or use any other siagnostic aids deemed necessary by the Doctor in order to make a thorough medical diagnosis. I also authorise the Doctor to perform or use any and all forms of treatment. medication and therapy that may be indicated and consent to the Doctor choosing and employing such assistance as he deems it. I understand that the use of anaesthetic agents embodies certain risks and I consent to their use. I accept that the responsibility for payment for Medical Services provided in this Clinic for myself or my depedents or charges in mine and is due payable at the time such services are rendered.

(お子様の場合は、ご両親によるご署名をお願いします)

署名 Signature Hiroshi Suzuki

日付 Date 15 / 04 / 05



LONDON
IRYO
CENTRE

P.P.P 一般	HOM 自宅	COM 会社	INS. 保険	OTHERS その他
DHSS 社保	INS. 海旅	OTHERS その他		
GP	CON	H/C	DEN	DIA

PATIENT INFORMATION

記入はローマ字でお願い致します Please print in English

日付

Date / /

患者番号 Patient Number	家族番号 Family Number
------------------------	-----------------------

ご本人に関する事項 Personal Details	
姓 Mr/Mrs Surname Miss / Master	名 First Name
漢字	
生年月日 Date of Birth	年齢 Age
性別 Sex	男 / 女 M / F
	<input type="checkbox"/> Married 既婚 <input type="checkbox"/> Single 未婚
	<input type="checkbox"/> Divorced 離婚 <input type="checkbox"/> Widowed 未亡人
英国の住所 / 滞在先 Address in UK	
	Post Code
☎	携帯 Mobile Phone
	Eメール E-mail
英国ご滞在の目的 Purpose of Being in UK	①駐在 Business ②留学 Study ③旅行(出張) Travel/Visit ④その他 Others
勤務先(学校名) Employer(School)	☎
来英日 Date of Arrival	離英予定日 Date of Departure
日本の住所	☎
都 道 府 県	郡 区 市 町

あなたの配偶者又は保護者 Spouse or Father	
姓 Surname	名 First Name
漢字	
生年月日 Date of Birth	続柄 Relationship
職業 / 勤務先 Occupation / Employer	☎

ご家族構成 (Family Name)			
名前 Name	生年月日 D.O.B. (続柄)	名前 Name	生年月日 D.O.B. (続柄)
①	()	④	()
②	()	⑤	()
③	()	⑥	()

緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency	続柄 Relationship
Mr/Mrs 姓 Miss Surname	名 First Name
	続柄 Relationship
住所 Address	
	Post Code
☎	E-mail

当センターをどのようにお知りになりましたか? Recommended By		
①知人の紹介 Friend	②旅行会社(添乗員・ガイド等) Travel Agent / Tour Conductor ()	③保険会社(パンフレット等)) Insurance Guide Book ()
④旅行ガイドブック Travel Guide Book ()	⑤当センターの広告 Advertisement ()	⑥その他 Others

※裏面に続く

