



LONDON
IRYO
CENTRE
HONG KONG

<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。

PATIENT INFORMATION

ご記入はローマ字・ブロック体でお願い致します

Please print in English

日付

Date 23 / 09 / 2017

患者番号 Patient Number	
------------------------	--

ご本人に関する事項 Personal Details			
姓 Mr./Mrs Surname Miss/Master	LEIGHTON	名 First Name	Yui
漢字	禮頓		結衣
生年月日 Date of Birth	20 09 02	年齢 Age	14
性別 Sex	男/女 M (F)	<input type="checkbox"/> 既婚 Married	<input checked="" type="checkbox"/> 未婚 Single
		<input type="checkbox"/> 離婚 Divorced	<input type="checkbox"/> 未亡人 Widowed
香港の住所/滞在先 Address in HK	Suite 822, Leighton Centre, 77 Leighton Road, Causeway Bay		
(ホテルご滞在の場合は、部屋番号もご記入ください)	スカイプ Skype Account :	London Iryo Centre Hong Kong	
☎ 2398 0808	携帯 Mobile : 2398 XXXX	Eメール E-mail:	YuiLeighton@xxxmail.com
香港にご滞在の目的 Purpose of Being in HK	<input checked="" type="checkbox"/> ①駐在 Business	<input type="checkbox"/> ②留学 Study	<input type="checkbox"/> ③旅行(出張) Travel/Visit
		<input type="checkbox"/> ④その他 Others	
勤務先 (学校名) Employer (School)	Leighton Centre School		☎ 2398 XXXX
香港到着日 Date of Arrival	15 / 03 / 2017	香港出発予定日 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 / 2019
日本の住所 〒105-0011	都 道 府 県	港	郡 区 市 町
	東京		芝公園4丁目2-8

あなたの配偶者又は保護者 Spouse or Father			
姓 Surname	LEIGHTON	名 First Name	Hiroshi
漢字	禮頓		弘
生年月日 Date of Birth	04 07 73	続柄 Relationship	Father
携帯 Mobile	2398 0888	Eメール E-mail	HiroshiLeighton@xxxmail.com
職業/勤務先 Occupation / Employer	Leighton Centre Public Limited Company		

ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご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 弘 Hiroshi	04/07/73 (Father)	④	()
② 恵美 Emi	13/09/75 (Mother)	⑤	()
③ 准一 Junichi	18/11/00 (Brother)	⑥	()

緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency		続柄 Relationship	
<input checked="" type="checkbox"/> Mr/Mrs Miss	姓 Surname	名 First Name	続柄 Relationship
	LEIGHTON	Yamato	Grand Father
住所 Address 〒105-0011	4 Chome 2-8, Shibakoën, Minato-ku, Tokyo-to		(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 3433 5111	E-mail YamatoLeighton@xxxmail.com		

当センターをどのようにお知りになりましたか? Recommended 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 / 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 (会社請求ご希望の方)	
名前 Name	
会社名 Company Name	
住所 Address	
☎	E-mail

旅行保険・医療保険をご利用の方はご記入をお願いいたします	
保険会社名 Insurance Company	LICHK Insurance Co. 保険証書と身分証明書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・サービスによる診察を受けましたが、当該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、その治療費の全額、または残額をお支払いすることをお約束致します。また私を診察した全ての病院・医師及び関係者が、保険会社に対し、私に関する全ての診察の記録を提供する事を承認致します。

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. I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to provide to my insurance company or its authorized representative, with all information relating to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment and copies of all hospital or medical records.

(お子様の場合はご両親によるご署名をお願い致します)

署名 Signature	<i>Hiroshi Leighton</i>	日付 Date	23 / 09 / 17
-----------------	-------------------------	------------	--------------

家庭医・かかりつけ医に関するご質問 GP / Family Doctor Information			
家庭医・かかりつけ医はいらっしゃいますか? Do you have a GP or your family doctor?	<input checked="" type="radio"/> はい / いいえ Yes / No		
家庭医・かかりつけ医の住所と名前 GP / Family Doctor's Name and Address			
名前 Name	Dr. Smith		
住所 Address	888 LICHK street, Hong Kong		
☎	2398 XXXX	E-mail	smith@xxx.com.hk

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、ある程度の危険があ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治療費の支払いの責任を承諾します。遠隔医療サービスに関して、私は、主治医が香港外の医師または医療機関に最良の医療サービスを行うために必要な医療・個人情報を提供することを認めます。

Yui LEIGHTON

In respect of myself / my son / my daughter charge

I hereby authorise the Doctor to take such X-rays radiographs of photographs of use any other diagnostic 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 dependents of charges and is due payable at the time such services are rendered.

Additional consent for Remote Medical Services: I authorise the attending doctor may transfer and exchange medical and personal data for providing best medical services with the doctors outside the Hong Kong.

(お子様の場合はご両親によるご署名をお願い致します)

署名 Signature	<i>Hiroshi Leighton</i>	日付 Date	23 / 09 / 17
-----------------	-------------------------	------------	--------------



LONDON
IRYO
CENTRE
HONG KONG

PATIENT INFORMATION

ご記入はローマ字・ブロック体でお願い致します

Please print in English

日付

Date

/ /

患者番号 Patient 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 男/女 Sex M / F	<input type="checkbox"/> 既婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 離婚 Divorced <input type="checkbox"/> 未亡人 Widowed
香港の住所/滞在先 Address in HK	
スカイプ Skype Account :	
携帯 Mobile:	Eメール E-mail:
香港にご滞在の目的 Purpose of Being in HK	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)	
香港到着日 Date of Arrival	香港出発予定日 Date of Departure
日本の住所 〒	都道 郡区 府県 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
携帯 Mobile	Eメール E-mail
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 Miss	姓 Surname	名 First Name	続柄 Relationship
住所 Address			
携帯 Mobile		Eメール 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 / 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

請求書送付先 Address of Invoice (会社請求ご希望の方)	
名前 Name	
会社名 Company Name	
住所 Address	
☎	E-mail

旅行保険・医療保険をご利用の方はご記入をお願いいたします
保険会社名 Insurance Company

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・サービスによる診察を受けましたが、当該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、その治療費の全額、または残額をお支払いすることをお約束致します。また私を診察した全ての病院・医師及び関係者が、保険会社に対し、私に関する全ての診療の記録を提供する事を承認致します。

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. I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to provide to my insurance company or its authorized representative, with all information relating to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment and copies of all hospital or medical records.

署名
Signature

日付
Date / /

家庭医・かかりつけ医に関するご質問 GP / Family Doctor Information	
家庭医・かかりつけ医はいらっしゃいますか? Do you have a GP or your family doctor?	はい / いいえ Yes / No
家庭医・かかりつけ医の住所と名前 GP / Family Doctor's Name and Address	
名前 Name	
住所 Address	
☎	E-mail

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、ある程度の危険があ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治療費の支払いの責任を承諾します。遠隔医療サービスに関して、私は、主治医が香港外の医師または医療機関に最良の医療サービスを行うために必要な医療・個人情報を提供することを認めます。

In respect of myself / my son / my daughter / charge _____

I hereby authorise the Doctor to take such X-rays radiographs of photographs of use any other diagnostic 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 dependents of charges and is due payable at the time such services are rendered.

Additional consent for Remote Medical Services: I authorise the attending doctor may transfer and exchange medical and personal data for providing best medical services with the doctors outside the Hong Kong.

署名
Signature

日付
Date / /