

## <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

日付

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 Date 23 / 09 / 2017

史 女 采 口					
患者番号   Patient Number					
で本人に関する事項 Personal Details					
姓 Mr./Mrs Surname Miss/Master <b>LEIGHTON</b>	名 First Name <b>Yui</b>				
漢字 禮 頓	結衣				
生年月日 20月00月02年年齢 14	性別 男/女 □既婚 Married ▼未婚 Single				
香港の住所/滞在先 Cuita P22 Laightan Contro 77 Laightan Bood Cousaviay Pay					
Address in HK Suite 822, Leignton Centre, 77 I (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				
カ 2398 0808 携帯 Mobile: 2398 XXXX	Eメール E-mail: <b>YuiLeighton@xxxmail.com</b>				
香港にご滞在の目的 ①駐在 ②留学 ③放	で行(出張) ④その他 el/Visit Others				
勤務先 (学校名) Employer (School) Leighton Centre School					
香港到着日 15 / 02 / 2017 香	港出発予定日 (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) te of Departure / 03 / 2019				
日本の住所 〒 105-0011 御 道 <b>東京</b> 府 県 <b>港</b>	郡 図				
21004					
あなたの配偶者又は保護者 Spouse or Father	A TT. 1.				
姓 Surname <b>LEIGHTON</b>	名 First Name <b>Hiroshi</b>				
漢字 禮頓					
生年月日 Date of Birth 0 4 0 7 7 3 続柄 Relationship	ather				
生年月日 Date of Birth 0 4 0 7 7 3 続柄 Relationship 上 携帯 Mobile 2398 0888					
生年月日 Date of Birth 0 4 0 7 7 3 続柄 Relationship I	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship I 携带 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com imited Company				
生年月日 Date of Birth 0 4 0 7 7 3 続柄 Relationship I 携帯 Mobile 2398 0888	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com imited Company				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship B帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com imited Company もご記入ください)				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship B帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄)	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com imited Company  もご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄)				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship I 携帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ① 弘 Hiroshi 04/07/73(Father )	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com  imited Company  もご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄)  ④ ( )				
生年月日 Date of Birth Date o	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com  imited Company  をご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄)  ④ ( ) ⑤ ( )				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship 接帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ① 弘 Hiroshi 04/07/73(Father ) ② 恵美 Emi 13/09/75(Mother ) ③ 准一 Junichi 18/11/00(Brother ) 緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency 続	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com imited Company  をご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄)  ④ ( ) ⑤ ( )				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship 接帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ① 弘 Hiroshi 04/07/73(Father ) ② 恵美 Emi 13/09/75(Mother ) ③ 准一 Junichi 18/11/00(Brother ) 緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency 続	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com  imited Company  もご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ④ ( ) ⑤ ( ) ⑥ ( ) 柄 Relationship st Name Yamato 続柄。Grand Father				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship 接帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ① 弘 Hiroshi 04/07/73(Father ) ② 恵美 Emi 13/09/75(Mother ) ③ 准一 Junichi 18/11/00(Brother ) 緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency 続例がMrs 対 Surname LEIGHTON 名前 Address 〒105-0011 4 Chome 2-8, Shibakoen, Melationship I	Tather  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com  imited Company  もご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄)  ④ ( ) ⑤ ( ) ⑥ ( )  柄 Relationship  st Name Yamato 続柄 Relationship Grand Father				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship I 携帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ① 弘 Hiroshi 04/07/73(Father ) ② 恵美 Emi 13/09/75(Mother ) ③ 准一 Junichi 18/11/00(Brother ) 緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency 続例がMrs 姓 LEIGHTON 名前 Address 〒105-0011 4 Chome 2-8, Shibakoēn, M 0081 3 3433 5111 E-1	Father  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com  imited Company  もご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ④ ( ) ⑤ ( ) ⑥ ( )  柄 Relationship  st Name Yamato  が (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) mail YamatoLeighton@xxxmail.com				
生年月日 Date of Birth O 4 O 7 7 3 続柄 Relationship I 携帯 Mobile 2398 0888 職業/勤務先 Occupation / Employer Leighton Centre Public L ご家族構成 (Family Name) (ご家族と共にご滞在でない場合名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄) ① 弘 Hiroshi 04/07/73(Father ) ② 恵美 Emi 13/09/75(Mother ) ③ 准一 Junichi 18/11/00(Brother ) 緊急時の連絡者 Person to contact in Emergency 続例がMrs 姓 LEIGHTON 名前 Address 〒105-0011 4 Chome 2-8, Shibakoēn, N	Father  Eメール E-mail HiroshiLeighton@xxxmail.com  imited Company  もご記入ください) 名前 Name 生年月日 D.O.B (続柄)  ④ ( ) ⑤ ( ) ⑥ ( )  柄 Relationship  st Name Yamato  【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) mail YamatoLeighton@xxxmail.com ended By				

請求書送付先 Address	(会社誌	水ぶ差望の古)				
名前	JI IIIVOICE (云江南	水で布主の刀				
Name 会社名 Company Name						
住所 Address						
				1 1 1 1		
		E-mail	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1	
旅行保険・医療保険をご	利用の方はご記力	(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	必ずお持ちください
	5	誓 約 書 Guar	antee			
私は、貴センターより海外旅行 険の適応がなされなかった場合 また私を診療した全ての病院・B	は、貴センターにご迷思		療費の全額、	または残額をお支	払いすること	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. 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 日付 Signature <i>Hiroshi Leighton</i> Date 23 / 09 / 17						
家庭医・かかりつけ医に		P / Family Doctor Informat	ion			
家庭医・かかりつけ医は Do you have a GP or your fa	amily doctor?	)\?	はい Yes	<b>が</b> いえ No		
家庭医・かかりつけ医のタ	主所と名前 GP	/ Family Doctor's Name an	nd Address			
名前 Name Dr. Sm	ith					
住所 Address 888 LI	CHK street, H	long Kong				
<u>ත</u> 2398 2	XXXX	E-mail <b>S1</b>	mith@xx	x.com.hk		
同意書Consent						
私は、医療診察に必要なレントない もし麻酔剤を使用する場合、ある 承諾します。遠隔医療サービス	る程度の危険があること	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

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

Hiroshi Leighton

日付

Date 23 / 09 17



## **PATIENT INFORMATION**

<b>PATIENT INFORMATION</b> 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1 Da	
患者番号 Patient Number	Î			
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 日 月 年 年 Date of Birth Ag		性別 男/女 Sex M/F	□既婚 Marrie □離婚 Divorc	d □未婚 Single ed □未亡人 Widowed
香港の住所/滞在先 Address in HK				
16-44-		スカイプ Skype Acc	ount :	
携带 Mobile:		Eメール E-mail:		
Purpose of Being in HK Business St		マ行(出張) el/Visit	④その他 Others	
勤務先 (学校名) Employer (School)				
香港到着日 Date of Arrival		港出発予定日 te 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 Fath	her			
姓 Surname		名 First Name		
漢字				
生年月日	柄 ationship			
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.C	).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 Emergenc		柄 Relationship		
Mr/Mrs 姓 Miss Surname	名 Fir	st Name	Į Į	続柄 Relationship
住所 Address				
ত্র	E-1	nail		
当センターをどのようにお知りになりました。				
①知人の紹介 ②旅行会社 Friend Travel / Tou	(添乗員・ガイ ır Conductor (	ド等)	③保険会社 ) Insurance Go	上(パンフレット等) uide Book ( )
④旅行ガイドブック ⑤当センター Travel Guide Book ( ) Advertisme		,	⑥その他 Others	,

	.=		
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			
1 Actives			
	E-mail		
旅行保険・医療保険をご利用の方はご記入をお願	<b>負いいたします</b>		
保険会社名   Insurance Company			
insulate company			
誓終	<b> </b>	e	
私は、貴センターより海外旅行傷害保険/医療保険のキャッミ 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また私を診療した全ての病院・医師及び関係者が、保険会社に対	けすることなく、その治療費の全	全額、または残額を	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 personally direct to the London Iryo Centre. I hereby authorize to provide to my insurance company or its authorized represent consultation, prescriptions or treatment and copies of all hospit	e any hospital, physician, or c tative, with all information re	other person who ha	as attended or examined me,
   署名	日付		
Signature	Date	/	/
		•	·
	ly 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?		tい/いいえ es / No	
	Doctor's Name and Addr		
名前			
Name 住所			
Address			
ত	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・		可1 孝才 77 必亜#	>助子を使うスとも許可します
仏は、医療診察に必要なレントケン与臭、その他を行い、又治療   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到			
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 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 order to make a thorough medical diagnosis. I also authorise that may be indicated and consent to the doctor choosing and agents embodies certain risks and I consent to their use. I accep myself or my dependents of charges and is due payable at the transfer of the Additional consent for Remote Medical Services: I authorist providing best medical services with the doctors outside the Ho	the Doctor to perform or use a employing such assistance a but that the responsibility for pa ime such services are rendere the the attending doctor may	any and all forms on the deems it. I under the deems it.	f treatment, medication and therapy derstand that the use of anaesthetic I Services provided in this Clinic for
1	ong Rong.		
署名 Signature	日付 Date	/	/