



Process of examination 外来受診の流れ

- 1) You must present your health insurance card at the reception, saying “Sho-shin desu”(this is my initial visit). If you do not show your health insurance card, you will have to pay all of the medical costs, which can be very expensive. It is necessary to present the health insurance card every month.

健康保険証を持参し 窓口で初診だと告げて下さい。健康保険証をお持ちでない方は、全額の治療費が請求されます。健康保険証は、毎月提示しなければなりません。

- 2) ① **At the first medical examination**, the Patient who get examination for the General practice department, fill in necessary information on an application form, “Sho-shinmo-shi-komi sho” (初診申込書)(※1) and for the pediatrics, fill in the Interview sheet, “mon-shin hyou”(問診票). On the questionnaire, you write condition of current sickness and clinical history of the child. After you returned them to the reception you will receive the patient’s registration card .

Please see the back or next page about the explanation of ※1.

初診の時、総合診療科受診の方は、受診申込書に、小児科受診の方は、問診票に必要事項を記入の上、窓口へお出してください。受付が終わりましたら、待合室で診察券等を受取るまでお待ちください。

※1の説明は、裏面もしくは2ページ目をご覧ください。

- ② When you **visit there again** after the initial time, you submit the patient’s registration card (診察券) to the reception counter and then wait in the waiting room. Please submit the insurance card together at the beginning of the month.

再来の方は診察券を窓口へ出して 待合室でお待ちください。また、月初めの時は、保険証も一緒に出して下さい。

- 3) When your name is called by the reception ;

受付で名前を呼ばれた時

- **For Pediatrics** : After you receive the patient’s registration card Please put it into the box of the Pediatrics registration and wait for a while.

小児科の場合 : 診察券を受取った後、小児科前の診察券入れの箱の中に診察券を入れて待ってください

- **For the General practice department:** Please receive the patient’s registration card and wait for a while.

総合診療科の場合 : 診察券を受取って待って下さい

- 3) When your name is called by a nurse , enter the clinical room, and receive the examination .

看護師に名前を呼ばれたら診察室に入り、診察を受けてください。

- 4) After the examination, wait at the payment counter until your name is called . Please receive the patient's registration card from the nurse after Pediatrics consultation. You pay for your medical fees in cash.

診療後、名前を呼ばれるまで会計カウンター前で待ちます。小児科は看護師から診察券を受取って下さい。



- 5) You may get a prescription (処方箋) upon the payment. You can pay for the prescribed medicine at a pharmacy (薬局) nearby.

お薬のある方は、会計が終わりましたら、近くの薬局でお薬をお買い求めください。

Hilltop Clinic ヒルトップクリニック

General practice department Application form 総合診療科初診受付票

General practice department Application form

初診時受付の患者様へ

診察券発行のためのご記入のお願いです。

Date year month day
平成 年 月 日

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Address
氏名	フリガナ Write patient name in katakana
	Patient name
TEL	Telephone number
FAX	Fax number
Day of birth 生年 月日 Sex (性別)	Year month day Male/ Female 男 女 (○でかこんで下さい) .

ヒルトップ クリニック

管理者 (院長) 南風原英夫

茨城県つくば市佐字鴻巣1004

TEL 029-877-3130

FAX 029-877-3170

Pediatrics Interview Sheet 小児科問診票

(Hilltop Clinic ヒルトップクリニック)

名前 _____ フリガナ _____
 Name _____ Write name in katakana (_____)

Date of birth 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日 (_____) year old 才 and (_____) months 月
 Telephone Number 電話番号 : _____
 Address 住所 _____ Post cord 〒 _____

Please fill in or write circle. 必要なところに記入、または○をつけてください。

1. Birth weight 生まれた時の体重 _____ kg

2. Birth? Normality 普通 / Caesarean section 帝王切開 / Other その他

3. Nutrition of infancy? 乳児期の栄養方法は?

Breast feeding 母乳 / Bottle feeding 人口栄養 / Mixotrophism 混合栄養

4. How many brothers(sisters) does your child have? What is his/her birth order?

兄弟(姉妹)は何人で、何番目ですか?

He / She has (_____) brothers. He / She is (First 1番目 / Second 2番目 / Third 3番目) child.

5. Does he / she go to the nursery school?

Yes はい / No いいえ

保育園に行っていますか?

6. Has he / she had the following illnesses before? 今までに次の病気はありますか?

Bronchitis 気管支炎 / Bronchial asthma 気管支喘息 / Febrile convulsion 熱性けいれん

7. Has he / she had any serious illnesses before? Does he / she have any serious illnesses now?

大きな病気にかかった事、または現在ありますか?

No いいえ

Yes はい Name of illness 病名 : (_____)

8. Does he / she have any the allergy? What is it? アレルギーはありますか? あれば何か?

No いいえ

Yes はい (Name of allergy : Milk ミルク / Egg 卵 / House dust ハウスダスト
 Mite ダニ / Japanese cedar スギ / Other その他 (_____)

9. Are there any medicine that doesn't suit him / her? お薬であわないものがありますか?

No いいえ

Yes はい Name of Medicine 薬名 : (_____)