

オンライン新規患者登録 成人用 日本語訳

ONLINE PRE-REGISTRATION (ADULT)

Outpatient registration consent form
Please fill out this form accurately and completely. Be assured that all information submitted through this online pre-registration form will be treated by Samitivej Hospital as part of your confidential patient record.



入力必須項目

お近くの病院をお選び下さい
LOCATION* SAMITIVJ SUKHUMVIT

敬称 TITLE* Mr. = 成人男性
Mrs. = 既婚女性
Miss = 未婚成人女性

名前 FIRST NAME* TARO 名字 LAST NAME* YAMADA

生年月日 DATE OF BIRTH* 01/01/1985 カレンダーより選択
性別 GENDER* Male = 男性
Female = 女性

国籍 CITIZENSHIP* Japanese = 日本人 信仰 RELIGION* Buddhism
無い場合はUnknownを選択

駐在員ですか

Expatriate?* Yes No

婚姻状況 Marital Status* Married (既婚) Divorced (離婚) Single (未婚) Widowed (死別)

パスポート番号 ID CARD OR PASSPORT NO.* AB12345678 職業 OCCUPATION* 例: EMPLOYEE (会社員=Employee) 専業主婦=House Wife

国 COUNTRY* Thailand 県 PROVINCE* Bangkok 区 DISTRICT* Watthana

町 SUB-DISTRICT* Khlong Tan Nuea

住所の詳細 CURRENT ADDRESS* 133 Sukhumvit 49
コンドミニアム名アパート名・部屋番号など

国番号 携帯電話番号 Eメールアドレス
+66 090 123 4567 abc@gmail.com

本籍地の住所はありますか
Do you have a different permanent address?* Yes No Yesの場合は下記に住所を入力して下さい

本籍地の住所 ADDRESS*
NEXT 次へ進む



緊急連絡先の情報 Emergency Contact

名前 FIRST NAME* HANAKO 名字 LAST NAME* YAMADA

緊急連絡先と本人の関係性 RELATIONSHIP TO THE PATIENT* 例: Wife (夫=Husband) 妻=Wife

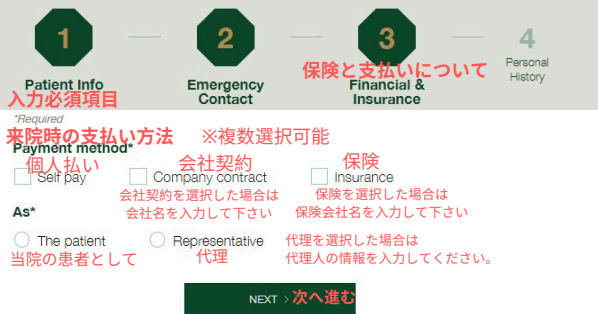
緊急連絡先の方と別の住所に住んでいますか
Does the emergency contact have a different address?* Yes No Yesの場合は下記に住所を入力して下さい

緊急連絡先の携帯電話番号 Eメールアドレス
+66 090 000 0000 123@gmail.com

NEXT 次へ進む

BACK

サムティベート病院から健康に関するニュースやお知らせなどをメールで受け取る事を希望しますか (希望する場合のみ にチェックを入れて下さい)



婚姻状況 Marital Status* Single (未婚) Married (既婚) Divorced (離婚) Widowed (死別)

現在治療中の持病・症状はありますか 任意回答
Please indicate all diseases and conditions you have contracted*

Cancer がん Gastrointestinal diseases 胃・腸の疾患
 Diabetes mellitus 糖尿病 Genitourinary diseases 泌尿器系の疾患
 Hypertension 高血圧 Other その他
 Heart disease 心疾患 None of the above 上記の選択肢に当てはまらない
 Liver disease 肝疾患

現在服用中の薬はありますか (処方箋や市販薬を含む)
Are you currently taking any medication (including prescription, over the counter, herbal, etc.)? Yes No Yesを選択した場合は分かる範囲で薬名を記入して下さい

今までに入院歴・手術歴はありますか
Have you ever had previous surgery or been hospitalized?* Yes No Yesを選択した場合は分かる範囲で詳細を記入して下さい

今までに健康診断を受けたことはありますか
Have you ever had an annual physical check up?* Yes No Yesを選択した場合は、分かる範囲で最終受診の時期と場所を記入して下さい

定期的に運動しますか
Do you exercise?* Regularly (定期的に) No (しない) Not regularly (たまにする) 定期的にを選択した場合は頻度を入力して下さい

妊娠していますか 任意回答
Are you pregnant? Yes (はい) No (いいえ) Uncertain (わからない) はいを選択した場合は妊娠週数を入力して下さい

介護・介助される立場にありますか 任意回答
Do you have a care giver? (for elderly patients only)* Yes No Yesを選択した場合は介護者・介助者の氏名を入力して下さい

必要書類 Required documents* 任意回答

Medical certificate for Absence from work / school Reimbursement

Doctor certificate for Government reimbursement State enterprise あなた自身が意思決定できない場合、あなたに代わって意思決定を行う権限を誰かに付与しますか

Would you like to authorize an individual to make decisions on the patient's behalf if the patient is unable to do so?* Yes No Yesを選択した場合は代理人の氏名を入力して下さい

宗教を信仰していますか
Spiritual / cultural beliefs to be followed.* Yes No Yesを選択した場合は分かる範囲で詳細を入力して下さい

アレルギーはありますか
Do you have any allergies?* Yes (ある) No (分かっていない範囲では無い) No known allergies (ある) を選択した場合は分かる範囲で詳細を入力して下さい

飲酒をしますか
Do you drink alcohol?* Yesを選択した場合は頻度を入力して下さい

薬物の使用歴・乱用歴はありますか
Do you have any drug abuse issue?* Yesを選択した場合は詳細を入力して下さい

喫煙しますか
Do you smoke?* Yesを選択した場合は吸う頻度・量を入力して下さい

父 Father* Alive (健在) Deceased (他界)

母 Mother* Alive (健在) Deceased (他界) 健在を選択した場合は年齢を入力して下さい 他界を選択した場合は享年と死因を入力して下さい

家族の既往歴 Family history of illness* 任意回答

SELECT ILLNESS RELATION REMOVE
病名を選択して下さい ex. Father 患者本人との関係性

ADD 複数入力したい場合はADDで入力欄を追加できます
 I agree to Samitivej's Terms of use and Privacy Notice 利用規約とプライバシーポリシーに同意します

I would like to receive health news and tips from Samitivej Hospital.
SUBMIT 上記で入力した情報に間違いがなければSUBMITをクリックしてフォームを提出します

タイは+66です
日本は+81です

タイは+66です
日本は+81です

オンライン新規患者登録 小児用 日本語訳

情報の入力は全て、アルファベットでお願いします

ONLINE PRE-REGISTRATION (CHILD)

1 患者情報 General Info

2 Parent Info

3 Pediatric New Patient Info

4 Siblings

*Required 入力必須項目

お近くの病院をお選び下さい

LOCATION*
SAMITVEJ CHILDREN'S HOSPITAL SUKHUMVIT

名前 FIRST NAME* HANAKO

名字 LAST NAME* YAMADA

生年月日 DATE OF BIRTH* 01/08/2024

性別 GENDER* Female

国籍 CITIZENSHIP* Japanese

信仰 RELIGION* Buddhism

国 COUNTRY* Thailand

県 PROVINCE* Bangkok

区 DISTRICT* Watthana

町 SUB DISTRICT* Khlong Tan Nuea

コンドミニアム名アパート名・部屋番号など CURRENT ADDRESS*
133 Sukhumvit 49 住所の詳細

携帯電話番号 国番号 090 111 1111

Eメールアドレス EMAIL* abc@gmail.com

本籍地の住所はありますか
Do you have a different permanent address?*

Yes No Yesの場合は下記に住所を入力して下さい

次へ進む
NEXT >

タイは+66です
日本は+81です

1 General Info

2 保護者情報 Parent Info

3 Pediatric New Patient Info

4 Siblings

*Required 入力必須項目

主要保護者の情報を入力して下さい
Please enter the primary parent/guardian first.

Parent (Guardian 1) 保護者 1

保護者 名前 FIRST NAME* TARO

保護者 名字 LAST NAME* YAMADA

患者本人との関係性 GUARDIANS* Father

保護者 携帯電話番号 国番号 +66 090 111 1111

保護者Eメールアドレス EMAIL* abc@gmail.com

住所は患者本人と同じですか
Address same as above?
 Yes No

上記の保護者は緊急連絡先ですか
Contact this person in case of emergency?
 Yes No

患者本人と保護者は同居していますか
Does the child live with this person?
 Yes No

保護者の情報を追加指定場合はこちらをクリックして下さい
(任意回答) < ADD ADDITIONAL PARENT OR GUARDIAN (OPTIONAL) >

来院時の支払い方法 入力必須項目
Financial and insurance information* ※複数選択可能

個人払い Self pay

会社契約 Company contract

保険 Insurance

会社契約を選択した場合は会社名を入力して下さい

保険を選択した場合は保険会社名を入力して下さい

NEXT > 次へ進む

1 General Info

2 Parent Info

3 小児新規患者情報 Pediatric New Patient Info

4 Siblings

入力必須項目のみ翻訳しています

今までに入院歴・手術歴はありますか
Previous operations or hospitalization*

Yes No

Yesを選択した場合は分かる範囲で詳細を記入して下さい

NEXT > 次へ進む

< BACK

1 General Info

2 Parent Info

3 Pediatric New Patient Info

4 Siblings

入力必須項目

兄弟・姉妹の数 NUMBER OF SIBLINGS 1

兄弟・姉妹の名前 FIRST NAME* (一名ずつ情報を入力)

兄弟・姉妹の名字 LAST NAME*

兄弟・姉妹の生年月日 DATE OF BIRTH* カレンダーより選択

兄弟・姉妹の性別 GENDER* カレンダーより選択

Family history of illness 家族の既往歴 (任意回答)

SELECT ILLNESS

RELATION

REMOVE

病名を選択して下さい 患者本人との関係性
例: Father, Mother

ADD

複数入力したい場合はADDで入力欄を追加できます

利用規約とプライバシーポリシーに同意します
 I agree to Samitvej's Terms of use and Privacy Notice

(希望する場合のみ口にチェックを入れて下さい)

I would like to receive health news and tips from Samitvej Hospital.

SAMITVEJ HOSPITAL FROM HEALTH NEWS AND TIPS

サミティベート病院から健康に関するニュースやお知らせなどをメールで受け取る事を希望しますか。

SUBMIT

上記で入力した情報に間違いがなければ
SUBMITをクリックしてフォームを提出します。