



LONDON
IRYO
CENTRE

PATIENT INFORMATION

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

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 男 / 女 Sex 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

会社名 Company name
住所 Address
Post code
E-mail

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

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 _____
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.

署名
Signature

日付
Date