

## Tarjeta de inscripción para consulta 診察申込書 (スペイン語)

Fecha \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_  
 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

nombre 名前			sexo 性別	masc / fem 男・女	fecha de nacimiento 生年月日	año 年	mes 月	dia 日	edad 年齢		
dirección 住所					teléfono TEL						
profesión 職業			nacionalidad 国籍			religión 宗教					
lugar de trabajo o nombre de la escuela 勤務先または学校名					teléfono TEL						
dirección del lugar de trabajo o de la escuela 勤務先または学校の住所											
tipo de seguro 保険の種類	Seguro Nacional de Salud 国民健康保険		Seguro Social de Salud (titular – familia) 会社の健康保険 (本人・家族)				Seguro Privado プライベート保険				
	Seguro-Anciano 老人保険		Subsidio de Ayuda económica 生活保護				No tiene seguro 保険なし				
especialidad en el que quiere ser chequeado 受けたい診療科目	Clínica General 内科	Cirujano geral 外科	Ortopedia 整形外科	Cirugía Plástica 形成外科	Neuro-Cirujano 脳神経外科	Pediatría 小児科	Psiquiatría 精神科				
	Neurología 神経内科	Ginecología y Obstetricia 産婦人科		Dermatología 皮膚科	Urología 泌尿器科	Oftalmología 眼科	Otorrinolaringología 耳鼻咽喉科				
	Fisioterapia リハビリテーション科	Anestesiología 麻酔科	Odontología 歯科	Ortodontia 矯正歯科	outros ( ) その他						