

Registration form for new service users

JAPAN GREEN MEDICAL CENTRE LTD

City Clinic:
10 Throgmorton Avenue
London EC2N 2DL
Tel: 020 7330 1750
Fax: 020 7330 1751

Acton Clinic:
Unit 7-8 Acton Hill Mews
310-328 Uxbridge Road
London W3 9QN
Tel: 020 7330 1750



対話があるから医療技術が生きる
ジャパングリーンメディカルセンター

Full name of patient

Print name () 氏名 ()

Title

(Mrs / Mr / Ms /Miss / Dr / Others ;)

Gender

(Male / Female / Prefer not to say)

Date of birth

(DD/MM/YYYY;)

Home address

()

Home/mobile telephone number

(Home; Mobile;)

E-mail address

()

Other contact details: employer/work/school/insurance company (if applicable)

Employer (for invoicing or insurance purposes):

Name; Address;

Insurance company (for invoicing or insurance purposes):

Name; Insurance number;

Others:

Emergency contact

Name; Relationship (if needed);

Address;

Phone number;

Name and address of GP (General practitioner of NHS) (if applicable)

Name of GP;

Address of GP;

*Please tick the boxes as your contact preferences. We may contact you for our medical services only when needed.

(Tick all that apply)

以下のうちご希望の連絡方法をお知らせ下さい。当院での医療サービスに必要な場合のみ、ご本人もしくは保護者へご連絡を差し上げる場合がございます。(複数選択可)

- ☐ Mobile phone
- ☐ Text message
- ☐ E-mail
- ☐ Home telephone
- ☐ Home address
- ☐ Company address
- ☐ Others (details;)

We would be grateful if you could answer the following questions prior to your consultations in order for your doctors to fully understand your medical problems.

ジャパングリーンメディカルセンター（以下、JGMC）をご利用になるにあたり、以下の質問に正確にお答え下さい。1) から3) は、安全かつ適切な医療サービスを提供させて頂くために必要な情報です。□にチェックしてください。「はい」とお答えの場合は詳細をお知らせ下さい。

1) Have you been on a treatment for any medical conditions?

現在治療中の傷病をお持ちですか？

☐ Yes はい (Details 詳細 ;) ☐ No いいえ

2) Have you had any operation, in-patient care, long lasting treatment or side effect of drug?

過去に入院、手術、長期通院治療、薬物による副作用を経験したことはありますか？

☐ Yes はい (Details ;) ☐ No いいえ

3) Have you ever had any allergic reaction before?

これまでに何らかのアレルギー反応を経験したことがありますか？

☐ Yes はい (Details ;) ☐ No いいえ

Please read the contents listed below and tick the boxes if you agree with it.

以下の内容をご確認のうえ、同意なさる場合は、□ にチェックしてください。

☐ I agree Japan Green Medical Centre(JGMC) keeps and handles with my information collected for medical reasons securely according to The General Data Protection Regulation, The Data Protection Act 2018, the Human Rights Act 1998 and The Access to Health Records Act 1990.

JGMCが医療サービスのために必要な私の個人情報をThe General Data Protection Regulation, The Data Protection Act 2018, the Human Rights Act 1998及びThe Access to Health Records Act 1990に従って管理することに同意します。

☐ I give the pre-authorization of blood tests regarding Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in my blood sample collected in advance to JGMC when the tests are required urgently as a procedure for needle stick injury.

医療従事者の針刺し事故対応を目的として、予め採取された私の血液検体における感染症検査（B型肝炎、C型肝炎及びHIV）が必要となる場合は、これを事前に許諾します。

☐ I wish JGMC to share my medical record with my NHS GP. (Please be aware we may write to your GP regarding your visit if you agree with this.)

JGMCが私のNHS GPと私の診療記録を共有することを希望します。（この項に同意されている場合は、登録されているGPへ受診情報を送付する場合がございますことにご留意下さい。）

* Further information on how JGMC uses your personal data can be found on the JGMC website (<http://www.japangreen.co.uk>).情報管理詳細に関してはJGMCのWebsiteをご参照下さい。

Please fill in all blanks below if you confirm the information listed above is true and wish to use medical services provided by JGMC.(You can refer to the general guidance for service users.)

上記内容に相違がないことを確認し、JGMCにおける医療サービス利用を希望される場合は、以下の必要事項をご記入下さい。（サービス利用に関するご案内はGuide for service user及びTerms and conditionsをご参照下さい。）

Name of service user (print name)

()

Name of Parent or Guardian (for children and young person under the age of 18)

()

Signature of service user (parent or guardian if necessary)

()

Date of signature (DD/MM/YY)

()