

# 英語 Consent Form 包括同意書

患者様保管ページ

## 1. Consent Forms

- For regular procedures (exams, nursing, medication, injections, tests, rehabilitation, nutrition guidance, etc.), **filling out the “New Patient Registration Form” (Page. 2) means you give consent.**
- For treatments like surgery, imaging, endoscopy, anesthesia, and chemotherapy, you need to sign specific consent forms separately.

当院では、手術、血管造影、血管内治療、内視鏡、麻酔、抗がん剤使用などの侵襲的な治療ないし検査には個別の同意書をいただきます。上記以外の通常の診療行為(診察、看護、投薬、注射、画像検査、採血、採尿、生理学的検査、細菌検査、リハビリ訓練、栄養指導など)に関しては、この診療申込書の記載をもって、同意の代わりとさせていただきます。

## 2. Information Sharing

- We keep you informed about your medical care and encourage you to take part in your treatment for better results. We would like patients to tell us the truth and not hide information.
- Your information is used for your treatment and health management. It won't be shared with others without your permission, unless required by law.
- We may use non-identifiable information for academic research with your consent.

当院では、診療情報を積極的に患者様ご本人にお知らせし、患者様にも積極的に診療に参加していただくことで、より良い医療を目指しております。そのためには、患者様からの正確な情報が必要になります。原則、患者様から頂いた個人情報、ご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、個人情報を法令で定める場合を除き、許可なく外部の第三者には提供いたしません。ただし、個人が特定されない場合には学術研究の目的にご同意をお願いいたします。

## 3. Designated Hospital

- Kishiwada Tokushukai Hospital is an advanced training hospital.
- Experienced doctors work with medical residents to provide care. We also train nurses and other medical professionals.
- Thank you for your understanding and cooperation.

当院は、医師の管理型臨床研修指定病院です。経験のあるスタッフと共に医師として診療にあたります。また、看護師・その他医療従事者を育成するための教育施設として、診療補助・日常生活援助をスタッフと共に実施させていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。

\*\*\*\*\* For Patients with Japanese National Health Insurance \*\*\*\*\*

日本の健康保険をお持ちの方

## 4. SENTEI RYOYOHI - Additional Fee for a First-time Patient without a Referral

If you are a new patient to this hospital and do not have a referral letter from another medical institution, you will be charged **¥7,700** (**¥5,500 for dental** cases) in addition to the first visit fee.

選定療養費初診時の患者様で、他の保険医療機関からの「紹介状(診療情報提供書)」をお持ちでない方が直接来院された場合、初診料とは別に「選定療養費」¥7,700(歯科の場合、¥5,500)を頂いております。

- New Patients:
  - X Do not have a referral letter from another hospital.
  - X Forgot to bring the referral letter.
- Return Patients:
  - Have new symptoms.
  - Want to see a doctor in a different department.
- Fees
  - New patients: **¥7,700** (¥5,500 for dental cases).
  - Return Patients: **¥3,300** (¥2,200 for dental cases).

当院では、「初診の患者様」で、他病院からの「紹介状をお持ちでない方及びお忘れの方」について、「保険外併用療養費(選定療養費)」¥7,700(歯科の場合、¥5,500)、再診(2回目以降)の患者様については、「選定療養費」¥3,300(歯科の場合、¥2,200)をご負担いただいております。

# New Patient Registration Form

診療申込書 兼 包括同意書

医事課保管ページ

I have read and agreed to the information on Page 1.  
I would like to have a consultation with a doctor.

1 ページ目に了解の上、診療を申し込みます。

Please fill in clearly using **BLOCK CAPITALS**.

Office Use Only 医事課記入 カルテ ID:	<input type="checkbox"/> 【必須】 身分証・保険証両面コピー <input type="checkbox"/> 上記コピーをスキャン。電子カルテにすぐに登録【必須】
!!保険証と身分証の名前が合っているか確認!! 【必須】 受付日:           年           月           日	国際医療支援室#4531 受付者:

## 1. 【Language】言語

母国語 <b>Language</b>	国籍 <b>Nationality</b>	日本語は話せますか? Speak Japanese? <input type="checkbox"/> はい Yes / <input type="checkbox"/> いいえ No	英語は話せますか? Speak English? <input type="checkbox"/> はい Yes / <input type="checkbox"/> いいえ No
付添 With Accompaniment? <input type="checkbox"/> 有 Yes / <input type="checkbox"/> 無 No	Accompaniment 付添: 日本語は話せますか? Speak Japanese? <input type="checkbox"/> はい Yes / <input type="checkbox"/> いいえ No	Accompaniment 付添: 英語は話せますか? Speak English? <input type="checkbox"/> はい Yes / <input type="checkbox"/> いいえ No	

Please **show your Japanese Health Insurance Card and ID**, such as a passport or Residence Card (Zairyu Card). We will make a photocopy. 保険証と身分証を提出してください。コピーをとります。

## 2. 【Insurance】保険

日本の健康保険証 <input type="checkbox"/> Japanese Health Insurance	自費 <input type="checkbox"/> Out-of-pocket expenses	海外傷害保険（2社のみ受付可。他は不可） <input type="checkbox"/> INTAC <input type="checkbox"/> AETNA
交通事故 <input type="checkbox"/> Traffic Accident	労災 <input type="checkbox"/> Work-related accidents	生活保護 <input type="checkbox"/> Livelihood protection

## 3. 【Referral Letter】紹介状

Do you have a referral letter?

YES 有  
 NO 無

## 4. 【Your Information】

氏名 ふりがな <b>Name</b>	生年月日 <b>Date of Birth</b> 年 Y   月 M   日 D	年齢 <b>Age</b>	性別 <b>Gender</b> <input type="checkbox"/> 男 Male ♂ <input type="checkbox"/> 女 Female ♀
Adress 住所:			
Your Phone Number 電話番号: _____			
◆ A phone number where a Japanese speaker can take the call			
日本語に通じる電話番号 _____			
勤務先/滞在先 <b>Workplace/Place of Saty:</b> _____			

## 5. 【Department】診療科

<input type="checkbox"/> 91 総合内科 General Internal Medicine	<input type="checkbox"/> 92 総合外科 General Surgery	<input type="checkbox"/> 93 総合診療科 General Medicine
<input type="checkbox"/> 01 内科 Internal Medicine	<input type="checkbox"/> 10 外科 Surgery	<input type="checkbox"/> 09 小児科 Pediatrics
<input type="checkbox"/> 16 心臓外科 Cardiovascular Surgery	<input type="checkbox"/> 19 皮膚科 Dermatology	<input type="checkbox"/> 20 泌尿器科 Urology
<input type="checkbox"/> 23 産婦人科 Obstetrics and Gynecology	<input type="checkbox"/> 40 口腔外科 Oral and Maxillofacial Surgery	<input type="checkbox"/> その他 Other:

※Please note that after-hours and holiday consultations are available for Internal Medicine and Surgery only.  
時間外・休日診療は内科・外科のみの診療となります。

# Consent for Medical Collaboration

## 医療連携同意書

[医事課保管ページ](#)

- Kishiwada Tokushukai Hospital, Izumi City General Hospital, and Higashi-Sano Hospital -  
岸和田徳洲会病院・和泉市立総合医療センター・東佐野病院

We collaborate with Izumi City General Hospital and Higashi-Sano Hospital to improve medical services by sharing medical information such as electronic medical records, CT scans, and MRI images. We ensure your privacy is protected as described in the Information Sharing section on Pages 1-2.

当院では、医療サービスの向上を目的として、患者様のプライバシーを十分に図りながら、電子カルテやCT・MRIの画像データなど、互いの病院にある診療情報を参照し、医療連携を行います。

If you agree to this collaboration and sharing of your information, please sign below.

医療連携に同意頂ける場合は、下記に署名をお願いします。

I, 【Your Name: \_\_\_\_\_】, give my consent for this medical collaboration as follows: 私は上記、医療連携について

I consent to the medical collaboration. 同意します。

I do not consent to the medical collaboration. 同意しません。

署名 Signature: \_\_\_\_\_

日付 Date: \_\_\_\_\_



Outpatients Reception Team  
Kishiwada Tokushukai Hospital  
外来受付  
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院