

1. 同意书

- 对于常规程序(检查、护理、药物、注射、测试、康复、营养指导等), 填写“新患者登记表”(第 2 页)即表示您同意。
- 对于手术、影像、内窥镜检查、麻醉和化疗等治疗, 您需要单独签署特定的同意书。

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. 信息共享

- 我们会告知您有关您的医疗情况, 并鼓励您参与治疗以获得更好的效果。我们希望患者如实告知信息, 不要隐瞒。
- 您的信息将用于治疗和健康管管理, 除非法律要求, 否则不会未经您的许可与他人共享。
- 我们可能会在您的同意下使用不可识别的信息进行学术研究。

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. 指定医院

- 岸和田徳洲会医院是一所高级培训医院。
- 经验丰富的医生与住院医生合作提供护理。我们还培训护士和其他医务人员。
- 感谢您的理解和合作。

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。

*****仅适用于持有日本国民健康保険的患者*****

日本の健康保険をお持ちの方

4. 选择治疗费用 - 初次患者无转诊信需缴纳的额外费用

如果您是本院的新患者, 并且没有来自其他医疗机构的转诊信, 您将在首次就诊费用之外额外支付 7,700JPY (牙科病例为 5,500JPY)的“选择治疗费用”。

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。

- 新患者:
 - X 没有其他医院的转诊信
 - X 忘记带转诊信
- 回访患者:
 - 有新的症状
 - 想看不同科室的医生
- 费用
 - 新患者:7,700 JPY(牙科病例为 5,500 JPY)
 - 回访患者:3,300 JPY(牙科病例为 2,200 JPY)

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。

新患者登记表

診療申込書 兼 包括同意書

医事課保管ページ

我已阅读并同意第 1 页的信息。我希望与医生进行咨询。

1 ページ目に了解の上、診療を申し込みます。

仅供办公室使用 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. 【语言】言語

母国語 言語	国籍 国籍	日本語は話せますか? 是否会说日语 <input type="checkbox"/> はい是/ <input type="checkbox"/> いいえ否	英語は話せますか? 是否会说英语? <input type="checkbox"/> はい是/ <input type="checkbox"/> いいえ否
付添 有无陪同? <input type="checkbox"/> はい是/ <input type="checkbox"/> いいえ否	付添: 日本語は話せますか? 陪同人员会说日语吗? <input type="checkbox"/> はい是/ <input type="checkbox"/> いいえ否	英語は話せますか? 陪同您的人会说英语吗? <input type="checkbox"/> はい是/ <input type="checkbox"/> いいえ否	

请出示您的**日本健康保険卡**和**身份证明**, 如护照或在留卡(Zairyu Card)。我们将复印一份。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. 【保険】保険

日本の健康保険証 <input type="checkbox"/> 日本健康保険	自費 <input type="checkbox"/> 自費	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"/> 交通事故	労災 <input type="checkbox"/> 工伤事故	生活保護 <input type="checkbox"/> 生活保护

3. 【转诊信】紹介状

您有转诊信吗?

- 是 あり
 否 なし

4. 【您的信息】

氏名 ふりがな 姓名	生年月日 出生日期 年 Y 月 M 日 D	年齢 年齢	性別 性別 <input type="checkbox"/> 男♂ <input type="checkbox"/> 女♀
地址 住所:			
◆ 您的电话号码 電話番号: _____ 日本語が通じる電話番号			
◆ 可由日语使用者接听的电话号码: _____			
勤務先/滞在先 工作地点/居住地: _____			

5. 【诊疗科】診療科

<input type="checkbox"/> 91 総合内科	<input type="checkbox"/> 92 総合外科	<input type="checkbox"/> 93 総合診療科
<input type="checkbox"/> 01 内科	<input type="checkbox"/> 10 外科	<input type="checkbox"/> 09 小児科
<input type="checkbox"/> 16 心臓外科	<input type="checkbox"/> 19 皮膚科	<input type="checkbox"/> 20 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 23 産婦人科	<input type="checkbox"/> 40 口腔外科	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 其他:

※请注意, 非工作时间和假日的咨询仅限于内科和外科。 時間外・休日診療は内科・外科のみの診療となります。



