

1. Mga Porma ng Pahintulot

- Para sa mga karaniwang pamamaraan (tulad ng eksaminasyon, pag-aalaga, gamot, iniksyon, pagsusuri, rehabilitasyon, at gabay sa nutrisyon), ang pagpuno sa “Form para sa Rehistrasyon ng Bagong Pasyente” (Pahina 2) ay nangangahulugang ikaw ay pumapayag
- Para sa mga paggamot gaya ng operasyon, imaging, endoscopy, anesthesia, at chemotherapy, kinakailangan mong pumirma ng hiwalay na porma ng pahintulot.

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. Pagbabahagi ng Impormasyon

- Ipinapaalam namin sa iyo ang tungkol sa iyong gamutan at hinihikayat kang makibahagi sa desisyon para sa mas maganda at epektibong resulta. Inaanyayahan naming maging tapat ang mga pasyente at huwag magtago ng impormasyon.
- Ang iyong impormasyon ay gagamitin lamang para sa iyong gamutan at pamamahala ng kalusugan. Hindi ito ibabahagi sa iba nang walang iyong pahintulot, maliban kung ito’y kailangan ng batas.
- Maaaring gamitin ang impormasyon na hindi makakakilala sa iyong pagkakakilanlan para sa pananaliksik, kapag ikaw ay pumayag.

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. Itinalagang Ospital

- Ang Kishiwada Tokushukai Hospital ay isang ospital para sa advanced na pagsasanay.
- Ang mga batikang doktor ay nagtuturo at nakikipagtulungan sa mga residenteng doktor para sa iyong pangangalaga. Kami rin ay nagsasanay ng mga nars at iba pang propesyonal sa medisina.
- Salamat sa iyong pang-unawa at pakikipagtulungan.

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。

***** Para sa mga Pasyenteng may Japanese National Health Insurance *****

日本の健康保険をお持ちの方

4. **SENTEI RYOYOHI** - Karagdagang Bayad para sa Bagong Pasyente na Walang Referral
Kung ikaw ay unang beses na magpatingin sa ospital na ito at wala kang referral letter mula sa ibang medikal na institusyon, sisingilin ka ng **¥7,700** (¥5,500 para sa dental na kaso) bilang karagdagang bayad sa karaniwang bayad para sa unang konsultasyon.

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。

- Mga Bagong Pasyente:
 - X Walang dalang referral letter mula sa ibang ospital.
 - X Nakalimutang dalhin ang referral letter.
- Mga Pasyenteng Babalik:
 - May bagong sintomas.
 - Nais magpakonsulta sa ibang departamento.
- Mga Bayarin
 - Bagong pasyente: ¥7,700 (¥5,500 para sa dental na kaso).
 - Babalik na pasyente: ¥3,300 (¥2,200 para sa dental na kaso).

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。

Form para sa Rehistrasyon ng Bagong Pasyente

診療申込書 兼 包括同意書

医事課保管ページ

Nabasa at naiintindihan ko ang impormasyon sa Pahina 1, at ako ay sumasang-ayon.

Nais kong magpakonsulta sa doktor.

1 ページ目に了解の上、診療を申し込みます。

Mangyaring isulat nang malinaw gamit ang mga BLOCK CAPITAL LETTERS sa English Alphabet.

Para sa Opisina Lamang 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. 【Wika】言語

母国語 Wika	国籍 Nasyonalidad	日本語は話せますか? Nakasasalita ng Hapon? <input type="checkbox"/> はい OO / <input type="checkbox"/> いいえ HINDI	英語は話せますか? Nakasasalita ng Ingles? <input type="checkbox"/> はい OO / <input type="checkbox"/> いいえ HINDI
付添 Kasama May Kasamang Tagapag-alalay? <input type="checkbox"/> 有 OO / <input type="checkbox"/> 無 HINDI	Kasama 付添: 日本語は話せますか? Ang inyong kasama ba ay nakakapagsalita ng Hapon? <input type="checkbox"/> はい OO / <input type="checkbox"/> いいえ HINDI	Kasama 付添: 英語は話せますか? Ang inyong kasama ba ay nakakapagsalita ng Ingles? <input type="checkbox"/> はい OO / <input type="checkbox"/> いいえ HINDI	

Pakipakita po ang inyong Japanese Health Insurance Card at ID gaya ng pasaporte o Residence Card (Zairyu Card). Kukuhanan po namin ito ng kopya. 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. 【Seguridad Pangkalusugan】保険

日本の健康保険証 <input type="checkbox"/> Japanese Health Insurance	自費 <input type="checkbox"/> Sariling bayad	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"/> Aksidente sa trapiko	労災 <input type="checkbox"/> Aksidente sa trabaho	生活保護 <input type="checkbox"/> Livelihood protection

3. 【Referral Letter】紹介状 May dala po ba kayong referral letter OO 有
(sulat mula sa ibang ospital) HINDI 無

4. 【Iyong Impormasyon】

氏名 ふりがな	生年月日 Petsa ng Kapanganakan	年齢 Edad	性別 Kasarian <input type="checkbox"/> 男 Lalaki <input type="checkbox"/> 女 Babae
Pangalan	年 T 月 B 日 A		
Tirahan 住所:			
Numero ng Telepono 電話番号: _____			
Numero ng telepono na maaaring tawagan kung saan may sumasagot na marunong mag-Hapon 日本語が通じる電話番号 _____			
勤務先/滞在先 Lugar ng Trabaho / Tirahan sa Japan: _____			

5. 【Departamento】診療科

91 総合内科 <input type="checkbox"/> Pangkalahatang Internal na Medisina	92 総合外科 Pangkalahatang Pag-oopera <input type="checkbox"/> Surgery	93 総合診療科 <input type="checkbox"/> Pangkalahatang Medisina
01 内科 <input type="checkbox"/> Lohikal na Medisina	10 外科 <input type="checkbox"/> Surgery	09 小児科 <input type="checkbox"/> Pediatriko
16 心臓外科 <input type="checkbox"/> Surgery sa Puso at Ugat	19 皮膚科 <input type="checkbox"/> Dermatolohiya	20 泌尿器科 <input type="checkbox"/> Urology
23 産婦人科 <input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology	40 口腔外科 <input type="checkbox"/> Oral and Maxillofacial Surgery	その他 <input type="checkbox"/> Iba pa:

※Pakitandaan na ang mga konsultasyon sa labas ng oras ng trabaho at sa mga holiday ay para lamang sa Internal Medicine at Surgery. 時間外・休日診療は内科・外科のみの診療となります。

Pahintulot para sa Medikal na Pakikipagtulungan

医療連携同意書

医事課保管ページ

- Kishiwada Tokushukai Hospital, Izumi City General Hospital, at 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

Kami ay nakikipagtulungan sa Izumi City General Hospital at Higashi-Sano Hospital upang mapabuti ang serbisyong medikal sa pamamagitan ng pagbabahagi ng impormasyon gaya ng electronic medical records, CT scan, at MRI images. Sisiguraduhin naming maprotektahan ang inyong pribadong impormasyon, ayon sa nakasaad sa seksyong “Pagbabahagi ng Impormasyon” sa Pahina 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。

Kung kayo ay sumasang-ayon sa pakikipagtulungan at pagbabahagi ng inyong impormasyon, mangyaring pumirma sa ibaba.

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, Ako, si 【Iyong Pangalan: _____】, ay nagbibigay ng pahintulot sa medikal na pakikipagtulungan na ito gaya ng sumusunod: 私は上記、医療連携について

Pumapayag ako sa medikal na pakikipagtulungan. 同意します。

Hindi ako pumapayag sa medikal na pakikipagtulungan. 同意しません。

署名 Lagda: _____

日付 Petsa: _____



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