

ベトナム語 **Phiếu Đồng Ý 包括同意書**

患者様保管ページ

1. Consent Forms

- Đối với các thủ tục thông thường (kiểm tra, chăm sóc, dùng thuốc, tiêm, xét nghiệm, phục hồi chức năng, hướng dẫn dinh dưỡng, v.v.), việc điền vào “Phiếu Đăng Ký Bệnh Nhân Mới” (Trang 2) có nghĩa là bạn đã đồng ý.
- Đối với các phương pháp điều trị như phẫu thuật, chụp ảnh, nội soi, gây mê và hóa trị, bạn cần ký các phiếu đồng ý riêng biệt.

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. Chia Sẻ Thông Tin

- Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn về việc chăm sóc y tế của bạn và khuyến khích bạn tham gia vào việc điều trị để đạt kết quả tốt hơn. Chúng tôi muốn bệnh nhân nói sự thật và không che giấu thông tin.
- Thông tin của bạn được sử dụng cho việc điều trị và quản lý sức khỏe của bạn. Nó sẽ không được chia sẻ với người khác nếu không có sự cho phép của bạn, trừ khi pháp luật yêu cầu.
- Chúng tôi có thể sử dụng thông tin không thể nhận dạng để nghiên cứu học thuật, với sự đồng ý của bạn.

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. Bệnh Viện Được Chỉ Định

- Bệnh viện Kishiwada Tokushukai là một bệnh viện đào tạo nâng cao.
- Các bác sĩ giàu kinh nghiệm làm việc với các bác sĩ nội trú để cung cấp chăm sóc. Chúng tôi cũng đào tạo y tá và các chuyên gia y tế khác.
- T Cảm ơn sự hiểu biết và hợp tác của bạn.

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。

***** Đối Với Bệnh Nhân Có Bảo Hiểm Y Tế Quốc Gia Nhật Bản *****

日本の健康保険をお持ちの方

4. SENTEI RYOYOHI - Phí Bổ Sung cho Bệnh Nhân Lần Đầu Không Có Giấy Giới Thiệu

Nếu bạn là bệnh nhân mới tại bệnh viện này và không có giấy giới thiệu từ cơ sở y tế khác, bạn sẽ bị tính phí ¥7,700 (¥5,500 cho các trường hợp nha khoa) ngoài phí thăm khám đầu tiên.

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。

- Bệnh Nhân Mới:
 - X Không có giấy giới thiệu từ bệnh viện khác.
 - X Quên mang theo giấy giới thiệu.
- Bệnh Nhân Tái Khám:
 - Có triệu chứng mới.
 - Muốn gặp bác sĩ ở khoa khác.
- Phí
 - Bệnh nhân mới: ¥7,700 (¥5,500 cho các trường hợp nha khoa).
 - Bệnh nhân tái khám: ¥3,300 (¥2,200 cho các trường hợp nha khoa).

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。

Phiếu Đăng Ký Bệnh Nhân Mới

診療申込書 兼 包括同意書

医事課保管ページ

Tôi đã đọc và đồng ý với thông tin trên Trang 1.
Tôi muốn được tư vấn với bác sĩ. 1 ページ目に了解の上、診療を申し込みます。

| | |
|--|---|
| Chi Dành Cho Sử Dụng Văn Phòng 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 <u>すぐに登録</u> 【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. 【Ngôn Ngữ】言語

| | | | |
|---|--|--|---|
| 母国語 Ngôn Ngữ | 国籍 Quốc Tịch | 日本語は話せますか? Có nói tiếng Nhật không? <input type="checkbox"/> はい CÓ / <input type="checkbox"/> いいえ KHÔNG | 英語は話せますか? Có nói tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> はい CÓ / <input type="checkbox"/> いいえ KHÔNG |
| 付添 Có Người đi Kèm? <input type="checkbox"/> はい CÓ / <input type="checkbox"/> いいえ KHÔNG | 付添: 日本語は話せますか? Người đi kèm có nói tiếng Nhật không? <input type="checkbox"/> はい CÓ / <input type="checkbox"/> いいえ KHÔNG | Accompaniment 付添: 英語は話せますか? Người đi kèm có nói tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> はい CÓ / <input type="checkbox"/> いいえ KHÔNG | |

Vui lòng xuất trình Thẻ Bảo Hiểm Y Tế Nhật Bản và ID của bạn, chẳng hạn như hộ chiếu hoặc Thẻ Cư Trú (Zairyu Card). Chúng tôi sẽ sao chép lại. 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. 【Bảo Hiểm】保険

| | | |
|---|--|--|
| 日本の健康保険証 <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế Nhật Bản | 自費 <input type="checkbox"/> Tự Chi Trả | 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"/> Tai Nạn Giao Thông | 労災 <input type="checkbox"/> Tai Nạn Liên Quan đến Công Việc | 生活保護 <input type="checkbox"/> Bảo Vệ Cuộc Sống |

3. 【Giấy Giới Thiệu】紹介状

Bạn có giấy giới thiệu không?

はい CÓ

いいえ KHÔNG

4. 【Thông Tin Của Bạn】

Hãy viết bằng chữ in hoa trong tiếng Anh.

| | | | |
|--|-----------------------------------|---------|---|
| 氏名 ふりがな Tên | 生年月日 Ngày Sinh 年 Y 月 M 日 D | 年齢 Tuổi | 性別 Giới Tính <input type="checkbox"/> 男 Nam ♂ <input type="checkbox"/> 女 Nữ ♀ |
| Địa Chi 住所: | | | |
| ◆ Số Điện Thoại Của Bạn r 電話番号: _____ | | | |
| ◆ Số điện thoại có thể liên hệ với người nói tiếng Nhật 日本語が通じる電話番号 _____ | | | |
| 勤務先/滞在先 Nơi Làm Việc / Nơi ở: _____ | | | |

5. 【Khoa】診療科

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 91 総合内科 Nội Khoa Tổng Quát | <input type="checkbox"/> 92 総合外科 Phẫu thuật tổng quát | <input type="checkbox"/> 93 総合診療科 Khoa y tế tổng hợp |
| <input type="checkbox"/> 01 内科 Nội Khoa | <input type="checkbox"/> 10 外科 Ca phẫu thuật | <input type="checkbox"/> 09 小児科 Nhi Khoa |
| <input type="checkbox"/> 16 心臓外科 Ngoại Khoa Tim Mạch | <input type="checkbox"/> 19 皮膚科 Da Liễu | <input type="checkbox"/> 20 泌尿器科 Niệu Khoa |
| <input type="checkbox"/> 23 産婦人科 Sản Khoa và Phụ Khoa | <input type="checkbox"/> 40 口腔外科 Phẫu Thuật Miệng và Hàm Mặt | その他 <input type="checkbox"/> Khác: |

※Vui lòng lưu ý rằng các tư vấn ngoài giờ và ngày lễ chỉ có sẵn cho Nội Khoa và Ngoại Khoa.
時間外・休日診療は内科・外科のみの診療となります。

Đồng Ý Về Hợp Tác Y Tế

医療連携同意書

[医事課保管ページ](#)

- Bệnh Viện Kishiwada Tokushukai, Bệnh Viện Tổng Hợp Thành Phố Izumi, và Bệnh Viện Higashi-Sano -
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

Chúng tôi hợp tác với Bệnh Viện Tổng Hợp Thành Phố Izumi và Bệnh Viện Higashi-Sano để cải thiện dịch vụ y tế bằng cách chia sẻ thông tin y tế như hồ sơ y tế điện tử, chụp CT và hình ảnh MRI. Chúng tôi đảm bảo rằng quyền riêng tư của bạn được bảo vệ như mô tả trong phần Chia Sẻ Thông Tin trên Trang 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。

Nếu bạn đồng ý với sự hợp tác này và chia sẻ thông tin của bạn, vui lòng ký tên dưới đây.

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。

Tôi, 【Tên Của Bạn: _____】, đồng ý với sự hợp tác y tế này như sau:
私は上記、医療連携について

Tôi đồng ý với sự hợp tác y tế. 同意します。

Tôi không đồng ý với sự hợp tác y tế. 同意しません。

署名 Chữ Ký: _____

日付 Ngày: _____



Đội Ngũ Tiếp Nhận Bệnh Nhân Ngoại Trú
Bệnh Viện Kishiwada Tokushukai
外来受付
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院