

湘南藤沢徳洲会病院 Shonan Fujisawa Tokushukai Hospital		Date (申込日): 年 月 日	
「診療申込書」兼「包括同意書」 Registration and General Consent Form		診療券番号 (Hospital ID NO.)	
フリガナ	Last	First	0 0
Name 名前			
Date of Birth 生年月日	yyyy 年/mm 月/dd 日		
Sex 性別	M (男) ・ F (女)	Age 年齢	Nationality 国籍:
Address or Accommodation in Japan 現住所又は 日本での滞在先	(Post Code:)		
Address in home country (for short-term visitors only) 本国の住所(短期滞在者のみ)	(Post Code:)		
Primary Phone #. 電話番号	Please provide a phone number that we can reach you as needed 病院から連絡が可能な番号を記入してください Phone: Name: Available in Japanese language? (Yes ・ No) 日本語での連絡は可能ですか? Language() <input type="checkbox"/> Patient(患者) <input type="checkbox"/> Representative(家族) (Relationship 続柄 (Spouse配偶者/ Mother母/ Father父/ Child子/Sibling兄弟 /Colleague職場の人 /Friend友人/ Other()		
Emergency Contact Phone #. 緊急連絡先	Phone: Name: Available in Japanese language? (Yes ・ No) 日本語での連絡は可能ですか? Language() <input type="checkbox"/> Patient(患者) <input type="checkbox"/> Representative(家族) (Relationship 続柄 (Spouse配偶者/ Mother母/ Father父/ Child子/Sibling兄弟 /Colleague職場の人 /Friend友人/ Other()		
Note: 患者様へのお願い We may contact at the above phone numbers regarding patient care. Please be sure to provide us the numbers that we certainty can reach the patient and include emergency contact information. In the event of a sudden change in the patient's condition or if we are unable to reach the patient, we will contact at the emergency#. 当病院から患者様の治療に関して、連絡させて頂くことがあります。 必ずご本人様と連絡がとれる連絡先、緊急連絡先も記載して下さい。 ※ご本人様の急変時や連絡が繋がらない場合、緊急連絡先へ連絡させて頂きます。			
Place of Work 勤務先	Tel :		
Have you ever visited this hospital before? (Yes ・ No) 当院で診察を受けたことがありますか?			
Do you have an appointment? (Yes ・ No) 本日、予約はありますか?		Do you have a referral letter? (Yes ・ No) 紹介状はお持ちですか?	
Please indicate a department you would like to visit today. ご希望の診療科を○で囲んでください。			
1 General Internal Medicine (without appointment) 内科		2 Other (with appointment, Department:) 予約内科 ※ If you have an appointment not listed below, please specify the department.	
3 Pediatrics 小児科	4 General Surgery 外科	5 Orthopedics (General/Hip) 整形外科 (一般/股関節)	6 Dermatology 皮膚科
8 Obstetrics 産科	9 Urology 泌尿器科	10 Neurosurgery 脳神経外科	7 Gynecology 婦人科
13 Radiology 放射線科	14 Cardiovascular Surgery 心臓血管外科	11 Ophthalmology 眼科	12 Otorhinolaryngology 耳鼻咽喉科
17 Emergency Department 救急センター/救急診療部	18 Spine and Scoliosis Center 脊椎・脊柱側弯症センター	15 Anesthesiology 麻酔科	16 Plastic Surgery 形成外科
★ In our institution, we need to make a photocopy of your health insurance card. Would you please agree? 当院では保険証のコピーをさせていただきます。ご了承いただけますか? <input type="checkbox"/> Agree 同意する <input type="checkbox"/> Not Agree 同意しない			
*Primary Language 言語	<input type="checkbox"/> Japanese 日本語 <input type="checkbox"/> English 英語 <input type="checkbox"/> Chinese 中国語 <input type="checkbox"/> Others その他 ()		
*Do you have religion? 宗教	<input type="checkbox"/> Yes ()		<input type="checkbox"/> None

Continued on the Other Side 裏面に続く



ID:

★The demands regarding medical cooperation implementation 医療連携実施に関するお願い We share the information about the medical treatment of patient in cooperation with Chigasaki Tokushukai Hosapital. Would you please agree? 茅ヶ崎徳洲会病院と医療連携を図るために、患者様の診療情報を相互で共有する場合があります。ご理解の上、ご賛同いただけますか <input type="checkbox"/> Agree 同意する <input type="checkbox"/> Not Agree 同意しない (You can retract this agreement at any time. 同意の撤回は随時承ります)	
---	--

Initials_____.

★Fee for treatment of patients' choice 初診時の費用に関する注意事項
According to the Japanese Medical Care Act, you will be collected **2,200JPY** in addition to the fee for the first visit.(expect the continuation treatment more than one month or with referral letter)
医療法に基づき、当院では初診時に保険外併用療養費(選定療養費)¥2,200をご負担いただきます。(紹介状あり・1ヶ月を超える継続治療などを除く)

Initials_____.

★General Consent (We will regard it as approval if there is no any objections) 包括同意について(お申し出のない場合は、同意していただいたものとして取り扱わせて頂きます。)
By signing this form, you are considered to have agreed to the general medical practices (consultation, nursing, medication, injection, imaging test, blood test, urine test, physiological examination, bacteriological examination, rehabilitation training, nutritional guidance, precausion measure for falls at outpatient departments and ER and etc.) to be carried out in the hospital. In addition, for highly invasive procedures and examinations (surgery, angiography and treatment, endoscopy, general / spinal / epidural anesthesia, sedation, restraint, contrast medium examination, chemotherapy, HIV test etc), there will be separate consent form for each. As a core clinical training hospital, trained physicians may undergo medical examination under supervision of medical instructors. Also, students intending to be medical professionals may conduct clinical practices under guidance. For further information, please read "Requests regarding core clinical training hospital", and thank you for your cooperation and understanding about our medical staff development plan.
*The personal information of the patient is handled according to the hospital policy.

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、外来、救急での転倒・転落予防対策など)に関し、本紙のご記載をもって同意の代わりとさせていただきます。また、侵襲の高い手技や検査(手術、血管撮影・治療、内視鏡、全身・腰椎・脊椎硬膜外麻酔、鎮静、抑制、造影剤検査、抗がん剤使用、エイズ検査等)には、個別の同意書を頂きます。なお、基幹型臨床研修病院として、指導医監督のもと研修医が診察を行う場合があります。また、医療従事者を志す学生が指導者のもと臨床実習を行っております。詳しくは、「基幹型臨床研修病院に関するお願い」をお読み頂き、医療人の育成につきまして、皆様のご協力とご了解をお願い致します。 ※個人情報の取り扱いについては、院内規定に基づき対応させていただきます。

Initials_____.

★ If you use an interpretation service, please read the following information.
通訳を利用される場合は、以下の点をお読みください。
・ The Interpreter is obligated to protect your private information, and the information will not be used for any purpose other than the provisions by medical services.
通訳者には守秘義務があり、患者さんのプライバシーは保護されます。
・ All interpretation may not be delivered accurately.
通訳における表現が適切ではないことがあります。

Initials_____.

★ Not all religiousal requests can be arranged (we will try our best)
宗教上の依頼全てに対応できるとは限りません。

Initials_____.

★ If any medical issues occur at this hospital, all issues are handled and resolved according to the Japanese Law and Japanese judicial systems inside Japan.
診療において問題が生じた場合、日本の法律に従い日本国内の裁判所において対応させていただきます。

I understand and agree with above contents.

以上の内容に同意をし、診療を申し込みます。

Signature 署名

Date 日付

If the patient is under age of 20, please write the name of parents of patient or a guarantor.

未成年の患者の親もしくは認められた保護者の名前を記入してください

Signature 署名

Date 日付

Hospital use only 病院使用欄

日本の保険証：有 ・ 無

身分証：有 (パスポート 在留カード 米軍IDカード 免許証)
無 (無の場合は、後日持参依頼)

日本語会話：可・少し可・不可

日本語読み書き：可 ・ 不可