

## 医療渡航支援企業様・身元保証機関様（登録医療コーディネーター等）

### 渡航受診者に対する受入基準および同意書

国際医療福祉大学成田病院（以下、「当院」）では、治療を目的とした海外からの渡航者（以降、「渡航受診者」）の外来予約は、国際室を通して行っていただきます。来日可能な時期・期間、また受診の可否を事前にご提出いただく資料等で確認した後、予約可能な日時をご案内いたします。医療渡航支援企業様・身元保証機関様（以降、「渡航支援企業様等」）におかれましては、ご予約前に、下記の事項について渡航受診者にご理解いただけますよう、十分なお説明をお願いいたします。

#### 1. 渡航受診者の初回外来受診の流れについて

原則として、初回は「診察のみ」とし、必要に応じ検査を「後日」行います（場合によっては、受領した資料等の確認を以って当日検査もあります）。検査については主治医の判断のため、最適な対応ができるよう、事前に渡航受診者のご要望と病歴について詳しくご提供ください。

#### 2. 患者様の治療期間を確保するため、滞在期間の確認

治療は、日本に滞在する期間が十分にあることが前提となります。滞在期間は、主治医が「受入の可否」を判断する一因となります。また、日本で治療を受けるためには、医療滞在ビザの取得が必要です。

#### 3. 患者様のパスポートの顔写真付ページと医療滞在ビザのページの写しの提出

外来受診お問い合わせの際は、必ずパスポートの写し（顔写真付ページ）をご提出ください。医療滞在ビザのページの写しは、医療滞在ビザを取得次第、ご提出ください。

#### 4. 診療費用及び支払方法

日本の公的健康保険に加入していない渡航受診者の診療にかかる費用は、診療報酬点数表に基づき「1点20円」となります。当院が発行した「医療費概算兼支払同意書」の提示金額に基づき事前にお振込みいただきます。診療にかかる費用がその金額を超過する場合、当院はその超過金額を医療渡航支援企業様等に担保いただきますので、速やかに渡航受診者やそのご家族等に対して支払いを求めてください。支払いが確約されない場合、当院は該当患者の治療途中でも取りやめることができますものとします。

#### 5. 初診費用について

日本の保険医療機関の紹介状を持参しない場合、選定療養費として「7,700円（税込）」を別途徴収させていただきます。

#### 6. 外国人医療相談外来の費用について

外国人医療相談外来では、渡航受診者ご本人に専門の医師によるセカンドオピニオンを提供しております。また、ご本人が来日できない場合には、代理人が来院し、医療相談を受けることもできます（患者ご本人の委任状が必要になります）。料金はいずれも66,000円（税込。原則60分、延長不可）です。また、遠隔での医療相談も受け付けており、こちらの料金は110,000円（税込。原則60分、延長不可）になります。

## 7. 医療通訳の付添

当院では検査や治療について、受診者が医療従事者による説明内容を正確にご理解いただき、同意書に署名を頂くなど、治療に対する意思・同意を確認しながら、治療を進めています。医療通訳者の付添は、外来受診・入院に関わらず「必須」とさせていただきます。入院の際には、主治医と病棟看護師長の判断により、夜間の付添を不要とする場合もあります。その場合は、必ず緊急時の連絡が可能な体勢をとっていただきます。なお、ご家族や知人による通訳は、医療事故防止のため認めておりません。やむを得ず該当関係者の方が通訳業務を行う場合は、当院の「通訳に係る同意書」にご署名いただきます。

## 8. 渡航受診者の入院の場合、原則「個室」を利用

渡航受診者の入院治療の場合、原則「個室」(有料)をご利用いただきます。渡航受診者または渡航支援企業様等のご希望による病室の変更はできません。ただし主治医と病棟看護師長の判断により、病室を変更する場合があります。個室料金については、当院の国際室にご確認ください。

ご家族の方の付き添い入院については、主治医の判断になりますので、ご要望がございましたら、当院の国際室にご確認ください。最大1名まで付き添いを認める場合があります。

また渡航受診者の容態により、通訳者の宿泊をお願いする場合があります。その際には渡航受診者とは別に個室代金を請求させていただきます。

## 9. 当日の受付

「診療申込書」に事前に必要事項をご記入いただき、来院の際、「初診窓口」にご提出いただき、診察券を取得してください。なお、署名欄は渡航受診者が来院当日に自筆で署名してください。また、パスポートを確認させていただきますので、ご持参ください。

※「診療申込書」は事前に、渡航支援企業様等へ送付いたします。

## 10. アンケートのご協力

会計後、患者様に「アンケート」をお渡しします。患者様ご本人にご記入いただき「インフォメーション受付」へご提出をお願いいたします。

※「アンケート調査表」は別途、渡航支援企業様等へ送付いたします。

上記内容について渡航受診者に十分に説明をすることを同意いたします。

患者名 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_

御社名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_

御担当 \_\_\_\_\_

日 付 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日