

**To Medical Travel Assistance Companies and Guarantors
(medical coordinators registered for medical stay visa etc.) ;
Acceptance Criteria for International Patients and Agreement Form**

渡航支援業者様・身元保証機関様（登録医療コーディネーター等）へ
渡航受診者に対する受入基準および同意書

For patients living abroad and seeking medical treatment in Japan (hereinafter called “patient(s)”), an appointment for consultation at IUHW Narita Hospital (hereinafter called “we” or “our,” unless otherwise stated) shall be made through the International Affairs Office (hereinafter called “IAO”). Only after the IAO checks the patient’s preferred dates and length of stay in Japan, and consults our physician about acceptance of the consultation based on documents to be submitted by the patient, the IAO will provide information on available slots for the first visit. Before making an appointment, we ask the Medical Travel Assistance Companies and Guarantors (hereinafter called “you” or “your”) to explain the following procedures and rules to the patient and make sure that he/she understand thoroughly.

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. Flow of Patient’s First Visit

1. 渡航受診者の初回外来受診の流れについて

In principle, the first visit shall be limited to “consultation”, and examinations, if needed, will be performed at a later date (in some cases, for instance, examinations are conducted at the first visit after reviewing the latest materials provided by the patient). Please provide detailed information on the patient’s medical history and his/her requirements in advance so that the attending physician would be able to make an appropriate judgement on required examinations.

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. Confirmation of Period of Stay to Secure Sufficient Treatment Timeline

2. 患者様の治療期間を確保するため、滞在期間の確認

Our medical services are subject to the patient’s promise that he/she will be able to stay in Japan long enough for treatment, and the period of stay is one of the key factors when the physician decides whether he/she accepts consultation/treatment for the patient. Moreover, the “Visa for Medical Stay” is inevitable for the patient to visit Japan to receive medical care.

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. Submission of Copies of Photo Page of Patient's Passport and Medical Stay Visa

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

Please submit a copy of the patient's passport (the photo page) when contacting the IAO. A copy of the medical stay visa is also required when it is ready.

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. Medical Expenses and Payment Procedures

4. 診療費用及び支払方法

For the patients uncovered by the Japanese health insurance system, medical expenses shall be calculated at a rate of 20 JPY per point based on the medical fee point table. The patient shall be required advance payment to our designated bank account based on the amount shown on the "medical expense estimate and payment agreement form" that we will issue. When actual medical expenses exceed the amount initially transferred, you would have to guarantee the payment of the exceeded amount, and thus you shall promptly request additional payment to the patient and/or his/her family. If the payment is not guaranteed, we have a right to cancel further treatment at any time.

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るものとします。

5. Additional expenses for First Visit

5. 初診費用について

At the first visit without a referral from another medical institution in Japan, an extra fee of 7,700 JPY (tax included) will be charged as a "fee for treatment of patients' choice."

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」を別途徴収させていただきます。

6. Medical Consultation Fees for International Patients

6. 外国人医療相談外来の費用について

We provide the second opinion service to the patients. When the patient is unable to come to Japan, his/her family member or other person representing the patient can use this service (the power of attorney from the patient is required). The fees for the second opinion service is set at 66,000 JPY (tax included; as a general rule, for 60 minutes and no time extension is accepted) for either case. The remote second opinion service is also available at the fee of 110,000 JPY (tax included; as a general rule, for 60 minutes and no time extension is accepted).

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. Attendance of Medical Interpreter

7. 医療通訳の付添

We proceed with each examination/treatment step by confirming of the patient's will and obtaining his/her consent: relevant medical staff provides information on forthcoming examination/treatment and obtain signed or verbal consent from the patient to make sure that the patient accurately understands what he/she is going through. Therefore, the attendance of a professional medical interpreter is essentially required during the hospital visit and hospitalization. The attending physician and relevant ward head nurse may permit the patient's stay without the interpreter at night time, and in a such case, we ask you to provide information on the emergency contact. Interpretation by the patient's family member or acquaintance is not allowed in order to prevent any medical accidents. If your staff (non-professional medical interpreter) has no choice but to handle interpretation, we ask your staff to sign the "Agreement on Interpretation" form.

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. In Principal, "Private Room" to be Used during Hospitalization

8. 渡航受診者の入院の場合、原則「個室」を利用

When the patient is admitted to the hospital, we usually provide a private room, and do not accept any request for a room change, unless the request comes from the attending physician or ward head nurse. Please ask us about rates for the private room.

A family companion during the hospitalization is at the discretion of the attending physician. If you have any requests, please check with us; a maximum of one companion would be allowed.

Depending on the patient's medical conditions, we may ask the medical interpreter to stay the night at the hospital, and in this case, we will charge the additional private room fee for the interpreter.

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. Check-in at First Visit

9. 当日の受付

We provide the Patient Registration Form and ask the patient to fill out the form (except the space for signature) beforehand. At the first visit, the patient needs to submit the form at the counter for the first visit and receive his/her hospital ID card. Please note that the patient has to sign the form by himself/herself at the first visit, and make sure to bring the passport with him/her.

* We will send the Patient Registration Form to you in advance.

「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、渡航支援企業様へ送付いたします。

10. Request to Participate in Survey

10. アンケートのご協力

After settling an account before returning his/her country, we will ask the patient to fill out the questionnaire. When completing the form, please hand it over to our staff at the information counter.

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。

* A copy of the questionnaire will be provided to you later.

※「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。

We, the Medical Travel Assistance Companies or Guarantors specified below, hereby agree to give the patient full explanations of the items mentioned above.

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。

Patient name	Nationality
患者名 _____	国籍 _____
Company name	Company seal
御社名 _____	社印 _____
Responsible party	
御担当 _____	
Date:	Year / Month / Day
日 付 _____	年 _____ 月 _____ 日