

## 診療申请表

ID: \_\_\_\_\_

Ver23.3.6

申込日  
申请日

年 月 日

※太枠内をご記入いただき、保険証（又は医療証）を添えて初診受付までお出しください。  
また、写真付身分証明書（在留カードもしくはパスポート等）もご提出ください。

请填写下列各项内容。请出示带有您本人照片的身份证件（在留卡或护照）。如果您有保险证的话，请一同提交到挂号处。

※交通事故、労災の方はお申し出ください

如果您是交通事故或工伤就诊，请告知工作人员。

氏名 姓名	姓 ※フリガナをつけてください。	名 ※フリガナをつけてください。		
出生年月日 (公历)	年 月 日	歳	性別	男・女
国籍・地域 国籍或地区		通訳の希望 是否需要翻译?	<input type="checkbox"/> 必要 需要	<input type="checkbox"/> 必要でない 不需要
在留資格 签证资格		在留期間 签证期限	年 月 日	
使用できる言語 可使用的语言	<input type="checkbox"/> 日本語 日语 <input type="checkbox"/> 中国語 汉语 <input type="checkbox"/> その他 其他 ( ) 第一言語には更に✓を付けてください。请用"✓"注明是母语。			
日本の住所又は滞在先 日本住址 或酒店地址	〒 -			
連絡先 联系方式	日本国内TEL : ※日本の携帯電話をお持ちの方は、日本国内TELでご記入ください。持 有日本手机的患者，请填写日本国内的联系方式。			
	所在国TEL : (国番号から)	E-mail: @		
使用する保険を○で囲んでください。 请选择使用的 医疗保险	<input type="checkbox"/> ①国民健康保険 日本国民健康保 険 <input type="checkbox"/> ②社会保険 日本社会保険 <input type="checkbox"/> 事故 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 工伤保険 <input type="checkbox"/> 海外保険 非日本保 険 <input type="checkbox"/> 保険証忘れ 忘带保险 证 <input type="checkbox"/> 公的保険未加入 无①和②			
支払方法 付款方式	<input type="checkbox"/> 現金：日本円 日元現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード 信用卡 <input type="checkbox"/> デビットカード 銀行借记卡 <input type="checkbox"/> その他 其他 _____			
緊急連絡先 紧急联系方式	氏名 姓名	※ できるだけ日本にいる緊急連絡を取れる方。所仕国の親族の方でも結構で す。 请尽量填写居住在日本的紧急联系人信息，或填写所在国家的直系家属信息		続柄 关系
	住所と電話 地址及电话	Add		
		Tel.	( )	
特別要件 特殊要求	※例：宗教上の理由により食事の配慮/例如，因宗教原因需要饮食方面等特别安排。			
紹介状 转诊或介绍信	無 / 有 无 / 有	紹介施設名 介绍单位 ( )		

▶ 保険証は月初めの診療日に必ず窓口までご提示ください。  
请在每月第一次来院就诊时出示保险证。

▶ 診察券は、再発行に220円料金がかかりますのでご了承ください。  
诊疗卡补卡费用为220日元。请您理解。

▶ 本人確認ができる写真付き身分証明書(在留カードもしくはパスポート等)をコピーさせていただきます。  
为了核实您的身份，我们将复印附有照片的身份证件（在留卡或护照等）。

▶ 日本の健康保険資格を有しておらず、当院を受診する場合は、診療報酬点数1点につき20円で徴収させていただきます。  
没有日本健康保险资格的患者到我院就诊的话，我们将按照诊疗报酬点数1点20日元的标准向您收取医疗费用。

▶ その他ご不明な点がございましたら、職員にお尋ねください。  
如果您有疑问，请咨询工作人员。

ご予約有り  
已预约 ( : )  ご予約なし  
无预约

予約 OK 連携室 変更

登録者

引き続き裏面もご確認し、ご署名ください。  
请确认背面相关就诊说明，并签字。 ⇒⇒

## 包括同意のお願い 医疗知情同意相关说明

当院で診療を受けられる患者さんへ 致各位来院就診的患者

平素より、国際医療福祉大学成田病院での診療にご理解を賜り感謝申し上げます。

当院では、書面で説明を行い、同意をいただく診療項目と、**口頭で説明し同意確認**をさせていただく診療項目に分けて対応させていただいております。下記の診療項目は、医師がたち合う必要のないものが多く、患者さんへの心身のご負担も少ない診療項目です。診療を円滑に進めるために、これらの診療項目については、あらためて**同意をいただくことなく診療を行わせていただきたいと思います**。ご同意をいただけない場合は、その都度お申し出ください。患者さんのご理解とご協力をお願いいたします。

感谢您对国际医疗福祉大学成田医院的信任，并选择来我院就诊。

我院为了确保通畅的治疗流程，除了提供相关治疗的书面知情同意书；**还采用口述的方式进行知情同意的相关说明**。下列相关检查项目，多数不需要医师的陪同，而且对患者的身心负担较小。因此，我们将**直接实施下列相关检查项目，不再逐一进行说明**。如果您不认可的话，请及时告知我们。请各位患者予以理解及支持！

国際医療福祉大学成田病院 病院長

### 1. 口頭での説明をもって同意確認とさせていただく診療項目 口述形式的说明項目

#### (1) 一般項目/常规項目

問診、身体測定、触診、体温測定、血圧測定、リハビリテーション、栄養指導、服薬指導

问诊、測量身高体重、触診、測量体温、測量血圧、康复治疗、营养指导、服药指导

#### (2) 検査、モニター/検査、検測

採血・血液検査、尿・便検査、腔・子宮頸管スメア検査、その他の体液検査、微生物学的検査、病理・細胞検査、免疫学的検査、心電図検査（静止、負荷）、肺機能検査、超音波検査、呼吸検査、脳波検査、筋電図検査、皮内反応検査、アレルギー皮膚テスト、経皮酸素飽和度測定、動脈圧・呼吸換気・脳波・筋弛緩モニター、ペースメーカー評価、散瞳を含む眼科検査、聴覚検査、心理検査、高次脳機能検査、骨密度検査、単純MRI検査

抽血/血液検査、尿/便検査、阴道/宫颈涂片検査、其他体液検査、微生物学検査、病理/細胞検査、免疫学検査、心电图検査（静态时、負荷时）、肺功能検査、超声検査、呼吸検査、脳電波検査、肌电图検査、皮内試験、皮膚過敏試験、経皮血氧飽和度検測、動脈圧/肺活量/脳電波/肌肉弛緩監視、起搏器評価、包括散瞳検測の眼科検査、聴力測試、心理測試、高次脳功能測試、骨密度検測、普通磁共振検査(MRI)。

#### (3) 放射線検査/放射線検査

単純X線撮影、骨密度X検査、マンモグラフィー、造影剤を血管内注入しないX線透視撮影、造影剤を用いないCT検査、負荷心筋シンチグラフィーを除くシンチグラフィー、普通X光検査、骨密度X光検査、乳腺X光検査、無血管内造影剤給药的X射线透視検査、无造影剂CT検査、非負荷式心臓顯像

#### (4) 鎮静を行わない内視鏡検査の一部/不使用鎮静剤的内視鏡検査的一部分

口腔内、咽喉頭内視鏡、副鼻腔内視鏡、膀胱・尿道内視鏡検査

口腔/咽喉内視鏡検査、鼻竇内視鏡検査、膀胱/尿道内視鏡検査

#### (5) 処置/治療

痰などの吸引、経鼻カテーテル留置、膀胱カテーテル留置、一般歯科処置、褥瘡処置、局所麻酔使用を含む表在性表皮・皮下疾患処置、酸素投与、点眼麻酔使用を含む眼科処置

吸痰、鼻導管挿入術、膀胱導管挿入術、一般牙科治療、褥瘡治療、包含局部麻酔的表面表皮/皮下疾病的治療、吸氧、包含使用点滴式眼部麻酔劑的眼科手術。

#### (6) 投薬/用薬

抗がん剤・分子標的治療薬・血液製剤・治療薬以外の内服薬、皮下、筋肉内、静脈内薬剤投与、末梢動静脈内および皮下留置針、結膜下またはテノン嚢下への薬剤投与、硬膜外ブロック、関節内注射、腱鞘内注射

抗癌藥物/分子靶向藥物/血液制劑/試驗藥物以外的口服藥、皮下/肌肉/靜脈內用藥、末梢動脈/靜脈內及皮下留置針、結膜下以及眼球筋膜嚢下所用藥物、硬膜外阻滯、關節內注射、鞘內注射。

2. その他の注意事項: 当院で診察を受けるに当たり、以下の内容をご確認の上、ご理解いただきますようお願い申し上げます。

**其他注意事項: 在我院接受诊疗之前, 请您确认以下事宜, 并配合我们的工作。**

#### (1) 同伴者通訳のリスクについて/关于由随行人員实施翻譯服务的風險

ご自身で通訳を手配する必要がある場合、医療用語を含め適切に通訳が可能であり、中立な立場で通訳を行い、個人情報保護にもご注意いただける方に必ずお願いしてください。同伴者通訳の利用が原因で生じたトラブルや医療事故・訴訟、その他一切の事態について、当院では責任を負いかねますので予めご了承ください。

如果您自行安排翻译人员的话，请务必选择能够翻译医疗术语的专业人士。专业的医疗翻译人员可以确保中立的立场进行翻译，并注意保护患者的个人隐私。请您注意的是，因使用陪同翻译人员的服务引起任何麻烦、医疗事故、诉讼或者其他情况时，我院概不负责。

#### (2) 医療費未払いの際の報告について/关于未支付医疗费の申報事宜

日本政府の方針により、医療費の不払いなどが確認された場合、当該外国籍患者さんの個人情報厚生労働省へ報告いたします。厚生労働省に提供された情報は出入国在留管理庁へ提供され、次回以降の入国審査の厳格化が検討されることとなります。また、弁護士会や警察・検察等の捜査機関からの照会への回答等、医療機関として我が国の様々な法制度に従った対応をとることを予めご了承ください。

根据日本政府的政策，如果被认定为未支付医疗费，我院会将该外国籍患者的个人信息通报给日本厚生劳动省。厚生劳动省会将该人员信息提供给日本法务省出入国在留管理厅，今后该人员的入境审核将会变得严格。此外，作为日本的医疗机构，我院将依照日本过的相关法律做出回应。例如回应律师协会、警察以及检察官等调查机构的询问，请您理解并配合我们的工作。

以上

私は、上記の内容を理解し、私の個人情報及び診療情報を関与している医師、看護師、スタッフに共有し、また院内でのデータ統計のために使用することを同意します。我理解以上内容，同意将个人信息提供给相关医生、护士以及其他工作人员，用于治疗以及院内数据统计。

署名/簽字

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

本資料是在医生及法律专家的监督下所编撰的，因日本和其他国家的语言和制度上的不同，有不同的解释时，以日语为准。