

患者 ID								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

## 就诊申请表（附页）

### 診察申込書（別紙）

#### 患者信息（患者情報）

※为了确认本人身份，请出示护照、在留卡或其他带照片的有效身份证件。

主要用于防止与陪同者混淆以及各国家、地区使用者人数的统计。如果无法同意将其用于该目的的情况，您可以拒绝出示相关信息。并不会给您造成任何不利影响。

※本人確認のため、パスポート、在留カード、またはその他の有効な写真付き身分証明書をご提示ください。主に付き添い者との誤認防止、国別利用者数の集計目的で使用します。同目的の利用に承認できない場合等、呈示を拒否することができます。それにより不利益を被ることはありません。

パスポート  在留カード  運転免許証  その他 ( )

#### 在日本的停留情况（日本での滞在状況）

居住（居住）  留学生（留学生）

短期停留（旅行・商务）（観光・ビジネス等の短期滞在）

医疗停留（体检、治疗）（健診・治療目的の医療滞在）

其他（その他）〔 〕

#### 保险的类型（保険の種類）

日本的保险（日本の保険）  海外的保险（海外の保険）  旅客保险（旅行者保険）

#### 姓名（氏名）

姓氏（姓）

名字（名）

中间名（ミドルネーム）

#### 电话号码（宅电）：

電話番号(自宅)

#### 手机号码：

携帯電話番号

#### 国籍：

国籍

#### 母语：

母国語

#### 母语以外的可使用语言：

母語以外で対応可能な言語

#### 日本国内的紧急联系方式（日本国内の緊急連絡先）

#### 姓名（氏名）

#### 与患者的关系（患者との関係）

#### 电话号码（宅电）：

電話番号(自宅)

#### 手机号码：

携帯電話番号

► ※短期居留或医疗居留的人士也请填写此部分。※短期滞在/医療滞在の方はこちらにもご記入下さい。

#### 本国的住宅地址

本国の自宅住所

#### 本国的宅电号码：

本国の自宅電話番号

#### 手机号码：

携帯電話番号

#### 电子邮件地址

メールアドレス

#### 本国的紧急联系方式（本国の緊急連絡先）

#### 姓名 ※亲属或者当地朋友

氏名 ※親族または地元友人

#### 与患者的关系

患者との関係

#### 电话号码（宅电）：

電話番号(自宅)

#### 手机号码：

携帯電話番号

#### 电子邮件地址

メールアドレス

#### 住址

住所

请填写相应的内容，并确认注意事项。请在理解并同意后，在勾选框上打✓。如果不同意，我们无法实施适当的诊疗，您将不能接受诊察。

該当する箇所について記載の上、注意事項を確認してください。ご理解、ご了承いただきましたら、チェックボックスに✓を入れてください。同意いただけない場合は、適切な診療ができませんので診察を受けていただくことはできません。

【記載要“○”】

## 1 因为宗教等的原因而需要特别照顾的事项

宗教上、特別配慮が必要な事項

请问您有没有因宗教原因而需要特别照顾的事项？

宗教上の理由で特別に配慮が必要な事項を教えてください

[ ]

- ① 本院会尽可能地考虑患者的宗教和习惯，但也有可能出现负责诊疗的医务人员性别等无法满足要求的情况。

当院では患者さんの宗教や習慣に対しできる限り配慮いたしますが、診療にあたる医療者の性別等、ご希望に沿えない場合があります。

- ② 需要住院治疗时，本院不提供可满足特定宗教及信仰要求的饮食。我们可以不使用您不能食用的食材，请在申请住院时将该食材的名称告知工作人员。

入院が必要となった場合、当院では特定の宗教や主義に対応した食事をご用意出来ません。口にできない食材を除去することは可能ですので、入院申込時にその食材名をスタッフにお知らせください。

- ③ 如因宗教原因而拒绝输血，请提出。

宗教上の理由で輸血を拒否される場合には、お申し出ください。

## 2 日语沟通困难者

日本語でのコミュニケーションが難しい方

- ① 如果不能与医务人员用日语沟通，或者患者为未成年人，而其亲属不能用日语沟通，则可能无法提供安全的医疗服务。因此，当本院员工判断难以用日语沟通时，将使用本院签约的以下医疗口译服务。（※医疗口译……需要您理解诊疗、医疗费等详情时使用）

医療従事者と日本語によるコミュニケーションが取れない場合、または患者さんが未成年でご家族が日本語でコミュニケーションがとれない場合は、安全な医療を提供することができない可能性があります。そのため、当院職員が日本語によるコミュニケーションが困難だと判断した場合は、当院が契約する下記の医療通訳手段を利用します。（※医療通訳とは…診療・医療費等の詳細を理解してもらう必要がある場合）

- (1) 本院使用的医疗口译为通过视频和电话提供的远程医疗口译服务。使用通过视频和电话提供的医疗口译服务时，不需要支付任何费用。（口译平板）

当院が利用する医療通訳は、ビデオ・電話を用いた遠隔医療通訳サービスです。ビデオ・電話医療通訳の利用に費用は一切かかりません。（通訳タブレット）

- (2) 若本院需要电话联系患者或患者家属等，可能会使用大阪府提供的远程医疗口译服务通话。本服务是患者、医疗口译人员和医院之间的三方电话口译。口译人员具有医疗专业知识，并会严格保护患者的个人信息和隐私。本服务完全免费。（电话三方口译）

当院から患者さんや患者さんのご家族などに電話で連絡が必要な場合は、大阪府が提供する遠隔医療通訳サービスで電話をする場合があります。このサービスは、患者さん・医療通訳者・病院の3者間による電話通訳です。通訳者は、医療に専門性をもつ通訳者であり、患者さんの個人情報・プライバシーについては、厳格に守ります。費用は一切かかりません。（電話による3者通訳）

- (3) 您希望使用医疗口译人员派遣服务时，仅可使用本院签约的法人所提供的服务。但是，使用医疗口译人员派遣服务时所产生的费用将由患者承担。（派遣医疗口译）

医療通訳者派遣をご希望される場合には、当院が契約している法人によるサービスのみ利用することができます。ただし、医療通訳者の派遣を利用する際に発生する費用は患者さん負担となります。（派遣医療通訳）

原则上不认可(1)、(2)以外的医疗口译服务（由患者家属进行口译等）。但是，当判断是本院签约的口译公司不提供服务的、难以应对的语言时，有时会认可上述以外的医疗口译服务。因误译等发生了损失时，本院不承担任何责任。

(1)、(2)以外の医療通訳手段（患者さんのご家族の通訳等）の利用は原則認めておりません。ただし、当院が契約する通訳会社でサービス提供がなく、対応困難だと判断した言語に関しては、上記以外の医療通訳手段の利用を認める場合があります。  
誤訳などにより損害が発生した場合でも、当院は一切の責任を負いかねます。

#### 个人信息的使用以及安全管理

在进行医疗口译服务时所需的患者个人信息，为了确保其安全，我们会妥善管理，并在治疗说明所必须的范围内适当使用。

#### 個人情報の利用と安全管理

医療通訳を行う上で必要な患者さんの個人情報は安全に管理し、治療・説明に必要な範囲内で適切に利用いたします。

#### 道德层面的考量

本院签约的医疗口译员会确保口译的准确性（不省略、添加或修改发言，对于发言内容的水平、语气语调以及细微差别等都会保持不变，如果听不清或无法理解部分内容时，会明确表示，在发生误译时，会立即说明），严格履行保密义务，维持和提高职责范围、知识技能。我们通过翻译公司已经确认了翻译者的能力和适应性。

#### 倫理面の配慮

当院が契約している医療通訳は、通訳の正確性（発言に対して省略・付け加え・修正をしない、発言のレベル・レジスター・トーン・ニュアンスなどはそのまま保持、発言が聞き取れない理解できない場合はそれを明確にすることを求める、誤訳発生時にはすみやかに表明）、守秘義務、職務範囲、知識、スキルの維持・向上に努め実施しています。通訳会社で通訳者の能力や適性を確認しております。

- ② 本院在出具外文版的介绍信和诊断书等时，只能提供英文版。提供该项服务时，本院按照每份5000 日元（不含税）收费。此外，文件制作需 20 天左右。

外国語での紹介状や診断書等の発行は、英語での作成のみ対応しております。その場合は 1 通につき 5,000 円（税別）かかります。また、書類の作成には 20 日程度を要します。

- ③ 关于本院的诊疗行为、诊疗行为相关的口译和笔译的不一致以及事务手续产生的诉讼，均以大阪地方法院作为初审专属管辖法院。

当院における診療行為、診療行為に係わる通訳や翻訳の齟齬及び事務手続きに関して生じた訴訟については、大阪地方裁判所を第一審の専属的管轄裁判所とします。

### 3 尚未加入日本公共医疗保险者

日本の公的健康保険に加入していない方

- ① 日本的医疗保险制度规定，日本公民和外籍居住者有义务投保公共健康保险。此外，在门诊和住院诊疗方面，规定了“诊疗报酬点数”，按每点 10 日元计算。外国人旅行者等未投保日本公共健康保险的患者在日本停留期间因患病或受伤而接受诊疗时，本院将按“诊疗报酬点数”乘以 30 日元计算诊疗费用。

日本の医療保険制度では、日本国民および外国人居住者は公的健康保険に加入する義務があります。また、外来や入院での診療において「診療報酬点数」が定められており、1 点につき 10 円で計算されます。当院では、外国人旅行者など日本の公的健康保険に加入していない患者さんが日本滞在中に病気やケガで受診される場合、「診療報酬点数」1 点につき 30 円で診療費を計算いたします。

- ② 如果在住院日之前未收到您所投保的保险公司的支付保证，则需要您以现金或者信用卡方式预付。

入院日までに加入している保険会社から支払いの確約がとれない場合は、現金またはクレジットカードによる前払いが必要です。

已阅读并理解上述内容。我同意上述内容，并申请诊察。

以上を読み、内容を理解しました。同意の上で診察を申し込みます。

日期（日付）： 年 月 日

大阪公立大学医学部附属医院 院长  
大阪公立大学医学部附属病院 病院長様

姓 名(名前)：

---

法定代表者・代筆者 姓名(簽名)：

代諾者・代筆者 氏名(署名)：

---

※患者本人无法签字或未成年时，请监护人或代理人签字。

本人が署名できない場合、未成年の場合には、保護者又は代理人に署名をお願いします。

\*我们将根据院内规定处理患者的个人信息。

患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。