

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

PATIENT REGISTRATION FORM APPENDIX  
診察申込書（別紙）

<b>Patient Information</b> (患者情報) *Please present your passport, resident card or other valid photo identification for identification purposes. This information will be used primarily to prevent misidentification as an escort and to count the number of visitors by country. If you cannot authorize the use of the card for the same purpose, etc., you may refuse to show your passport if you do not consent to its use for the same purpose. You will not be disadvantaged by this. ※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。 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ <b>Immigration Status in Japan</b> (日本での滞在状況) <input type="checkbox"/> Resident (居住) <input type="checkbox"/> Student (留学生) <input type="checkbox"/> Short-term stay (Vacation・Business) (観光・ビジネス等の短期滞在) <input type="checkbox"/> Medical stay (Medical Check-up・Treatment) (健診・治療目的の医療滞在) <input type="checkbox"/> Other (その他) ( <b>Type of Health Insurance</b> (保険の種類) <input type="checkbox"/> Japanese health insurance (日本の保険) <input type="checkbox"/> Overseas health insurance (海外の保険) <input type="checkbox"/> Traveler insurance (旅行者保険)			
<b>Patient Name</b> Last Name (姓) First Name (名) Middle Name (ミドルネーム)			
Home Phone No : 自宅電話番号		Cell Phone No : 携帯電話番号	
Nationality : 国籍		Native Language : 母国語	
Other Languages Spoken : 母語以外で対応可能な言語			
<b>Emergency Contact Details in JAPAN</b> (日本国内の緊急連絡先)			
Name (氏名)		Relationship to Patient (患者との関係)	
Home Phone No : 電話番号(自宅)		Cell Phone No : 携帯電話番号	

<b>* If you are staying in Japan for a short period only or for medical purposes, please also fill in this section.</b> ※短期滞在/医療滞在の方はこちらにもご記入下さい。			
<b>Address in Home Country :</b> 本国の自宅住所			
Home Phone No : 本国の自宅電話番号		Cell Phone No : 携帯電話番号	
<b>E-Mail</b> メールアドレス			
<b>Emergency Contact Details in Home Country</b> 本国の緊急連絡先			
Name of Relative or Local Friend 氏名 親族または地元友人		Relationship to Patient 患者との関係	
Home Phone No : 電話番号(自宅)		Cell Phone No : 携帯電話番号	
<b>E-Mail</b> メールアドレス			
<b>Address</b> 住所			

**Please fill out the form and confirm your consent. Tick the checkbox if you have read and understood. If you do not agree, medical examination will not be provided since we will be unable to provide appropriate medical care.**

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✓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 Special religious considerations

☐ 宗教上、特別配慮が必要な事項

What religious considerations do you wish or expect us to provide you?

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 We consider the patient's religion and customs as much as possible at this hospital, but there are cases when we cannot meet your requirements, such as the sex of medical staff who will provide medical care.

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 If you need to be admitted, our hospital will not be able to provide meals according to specific religious rites or principles. However, it is possible to remove certain food ingredients that you do not eat so, please inform us soon after being provided with your hospital admission date.

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 Please state if you refuse blood transfusion on religious grounds.

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 Those who have difficulty communicating in Japanese

☐ 日本語でのコミュニケーションが難しい方

- ① If you are unable to communicate with our medical staff in Japanese, or if the patient is a minor and his/her family is unable to communicate with our medical staff in Japanese, we may not be able to provide safe medical care.  
Therefore, if our staff member decides that there is a difficulty in communicating with you in Japanese, a contracted medical interpreter service will be used. (\*Medical interpreter is used in cases where patient needs to understand the details of medical care, medical expenses, etc.)

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に利用します)

- (1) A remote medical interpreter service via video or telephone will be used. You will not be charged for using the video/telephone medical interpreter. (Interpreter tablet)

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) If we need to contact you or your family by phone, we may use the remote medical interpreting service provided by Osaka Prefecture. This service offers three-way interpretation via telephone between you, a medical interpreter, and our hospital. The interpreters are professionals with expertise in medical interpretation, and your privacy and personal information will be strictly protected. There is no cost involved for this service. (Three-way telephone interpretation)

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) If you wish the dispatch of a medical interpreter, you can only use the service

provided by the corporation with which we have concluded a contract. However, if you wish to dispatch your own medical interpreter, you will have to pay the associated expenses. (On-site medical interpretation)

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)

In principle, medical interpreters other than (1) (2) and (3) (e.g., translation by a family member of the patient) are not allowed; however, medical translation other than the above mentioned regarding the languages for which our contracted interpreter agent is unable to provide the service may be approved when the response is considered to be difficult to understand. We will not be liable for any damages caused by mistranslation.

(1)、(2)、(3)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。

#### Use and secure management of personal information.

Patients' personal information necessary for medical interpretation will be securely managed and used appropriately to the extent necessary for treatment and education.

#### 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。

#### Ethical Considerations

Our contracted medical interpreters are committed to maintaining and improving the accuracy of their interpretation (no omissions, additions or corrections; maintaining the level, register, tone and nuance of speech; asking for clarification when a statement is inaudible or unintelligible; and promptly disclosing when a mistranslation occurs), confidentiality, scope of practice, knowledge and skills. We are committed to maintaining and improving the scope, knowledge and skills of our interpreters.

The interpreter's skills and suitability are verified by the interpreting company.

#### 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よう求める、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 We can only issue documents, such as referrals and medical certificates, in English and not in any other foreign language. In such case, you will be requested to pay 5,000 yen (excluding tax) per copy, which will be available in about 20 days.

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）がかかります。また、書類の作成には20日程度を要します。

- ③ The Osaka District Court shall have exclusive primary jurisdiction with respect to lawsuits arising from clinical practice, inconsistency of interpretation or translation regarding clinical practice, and operating procedures, at our hospital.

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 Those who have not joined the Japanese public health insurance system**

☐ 日本の公的健康保険に加入していない方

- ① Under the Japanese health insurance system, both Japanese citizens and foreign residents are obliged to participate in the country's public health insurance. In addition, "medical remuneration points" are specified for outpatient or inpatient medical care and are calculated at 10 yen per point. For our hospital, **if a patient not covered by the Japanese public health insurance, such as a foreign traveler, is examined for a disease or injury during his/her stay in Japan, medical expenses will be calculated at 30 yen per point of medical remuneration points.**

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 If a financial commitment cannot be obtained from your insurance company by the date of hospitalization, you will need to pay the hospital in advance either by cash or by a credit card.

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。

**I have read and understood the above. I consent to apply for medical consultation.**

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。

Date:	YYYY/	MM/	DD/
日付	年	月	日

**To the Osaka Metropolitan University Hospital**

大阪公立大学医学部附属病院 病院長様

Name (名前) :

Legal representative/Person who signs for patient Name (Signature) :

代諾者・代筆者 氏名 (署名) :

\*When the patient cannot sign by him/herself or he/she is a minor, their legal guardian or representative should sign above.

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

\*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

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。