

患者 ID

진찰 신청서(별지)

診察申込書（別紙）

환자 정보(患者情報)

※본인확인을 위해 여권, 체류카드 또는 기타 유효한 사진이 첨부된 신분증을 제시해 주십시오. 주로 동행자와의 오인 방지, 국가별 이용자 수 집계 목적으로 사용됩니다. 같은 목적의 이용에 승인할 수 없는 경우 등 제시를 거부할 수 있습니다.그로 인해 불이익을 받는 일은 없습니다.

※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（

）

일본에서의 체류 상황（日本での滞在状況）

☐거주（居住） ☐유학생（留学生）

☐단기 체류（여행・사업）（観光・ビジネス等の短期滞在）

☐의료 목적의 체류（건강검진·치료）（健診・治療目的の医療滞在） ☐기타（その他）（

）

보험의 종류（保険の種類）

☐일본의 보험（日本の保険） ☐해외의 보험（海外の保険） ☐여행자 보험（旅行者保険）

성명（患者氏名）

성（姓）

이름（名）

미들 네임（ミドルネーム）

전화번호(자택) :

自宅電話番号

휴대전화번호 :

携帯電話番号

국적 :

国籍

모국어 :

母語

모국어 이외에 대응 가능한 언어 :

母語以外で対応可能な言語

※日本語（可・片言・不可）

일본 국내의 긴급연락처（日本国内の緊急連絡先）

성명（氏名）※가나가（

）

환자와의 관계:

患者との関係

모국어 :

母語

※日本語（可・片言・不可）

모국어 이외에 대응 가능한 언어 :

母語以外で対応可能な言語

전화번호(자택) :

電話番号(自宅)

휴대전화번호 :

携帯電話番号

*단기체류/의료체류 중인 분께서는 이곳에도 기입해 주시기 바랍니다.진료 신청서

※短期滞在/医療滞在の方はこちらにもご記入下さい。

본국의 자택 주소 :

本国の自宅住所

본국의 자택 전화번호 :

本国の自宅電話番号

휴대전화번호 :

携帯電話番号

이메일 주소

メールアドレス

본국의 긴급연락처（本国の緊急連絡先）

성명 ※가족 또는 현지 친구

氏名 親族または地元友人

환자와의 관계:

患者との関係

모국어 :

母語

※日本語（可・片言・不可）

모국어 이외에 대응 가능한 언어 :

母語以外で対応可能な言語

전화번호(자택) :

電話番号(自宅)

휴대전화번호 :

携帯電話番号

이메일 주소

メールアドレス

주소

住所

해당 란에 기재하신 후, 주의사항을 확인해 주십시오. 이해 및 양해하셨으면 체크박스에 ✓를 표시해 주십시오. 동의하지 않는 경우에는 적절한 진료가 불가능하기 때문에, 진찰을 받으실 수 없습니다.

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 종교 상, 특별한 배려가 필요한 사항

宗教上、特別配慮が必要な事項

종교 상의 이유로 특별한 배려가 필요한 사항이 있으면 알려 주십시오.

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 당 병원에서는 환자의 종교나 습관에 대하여 최대한으로 배려합니다. 단, 진료를 하는 의료인의 성별 등, 요구에 대응하지 못하는 경우도 있습니다.

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 입원이 필요한 경우, 당 병원에서는 특정한 종교나 주의에 대응한 식사를 준비해 드리지 못합니다. 드시지 못하는 식재료를 제거하는 것은 가능하므로 입원 신청 시에 그 식재료명을 직원에게 알려 주십시오.

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 일부 의약품에는 소나 돼지 등 동물 유래 성분이 포함되어 있는 경우가 있습니다. 의료 행위 중에 이러한 성분이 포함된 의약품이 사용될 수 있으므로, 자세한 정보를 원하시는 경우 진료 시에 문의해 주시기 바랍니다.

一部の医薬品には、牛や豚などの動物由来成分が含まれているものがあります。医療行為の中で、これらの成分を含む医薬品が使用される場合がありますので、詳細な情報を知りたい場合は診察時にご確認ください。

- ④ 종교 상의 이유로 수혈을 거부하시는 경우에는 말씀해 주십시오.

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 저는 일본어 이외의 언어로 질병 및 치료에 대한 설명을 받고 싶습니다.

日本語以外の言語で、病気や治療の説明を希望する。

- ① 의료진과 일본어로 의사소통이 불가능하거나 환자가 미성년자이고 가족이 일본어로 의사소통을 할 수 없는 경우, 안전한 의료 서비스를 제공하지 못할 가능성이 있습니다. 따라서, 당 병원 직원이 일본어로 의사소통이 곤란하다고 판단한 경우에는, 당원이 계약을 맺고 있는 다음의 의료통역 수단을 이용합니다. (※의료통역이란...진료·의료비 등의 상세한 내용을 이해할 필요가 있을 경우)

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) 당원이 이용하는 의료통역은 비디오·전화를 이용한 원격의료통역 서비스입니다. 비디오·전화 의료통역을 이용하는 데는 비용이 일체 발생하지 않습니다.

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) 환자분이나 보호자분께 병원에서 전화 연락이 필요한 경우, 오사카부에서 제공하는 원격 의료통역 서비스를 통해 전화를 드리는 경우가 있습니다.

이 서비스는 환자, 의료 통역사, 병원 3자가 함께 통화하는 방식의 전화 통역입니다.

통역사는 의료 분야에 전문성을 가진 통역사이며, 환자의 개인정보 및 프라이버시는 철저히 보호됩니다.비용은 전혀 발생하지 않습니다. (전화에 의한 3자 통역)

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) 의료통역자 파견을 희망하시는 경우에는 당원이 계약을 맺고 있는 법인을 통한 서비스만 이용하실 수 있습니다. 단, 의료통역자 파견을 이용하실 때 발생하는 비용은 환자 부담입니다.

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)

(1), (2), (3) 이외의 의료통역 수단(환자 가족의 통역 등)의 이용은 원칙적으로 인정하지 않습니다. 단, 당원이 계약을 맺고 있는 통역 회사에서 서비스를 제공하지 않아, 대응이 곤란이라고 판단한 언어에 대해서는 상기 이외의 의료통역 수단의 이용을 인정할 수도 있습니다. 오역 등으로 인해 손해가 발생한 경우라도, 당원은 일체의 책임을 지지 않습니다.

(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ません。

통역 및 의료용어 이해에 대하여

본원은 가능한 한 정확한 정보 제공과 원활한 의사소통을 위해 노력하고 있습니다. 그러나 환자와 의료진 간에 언어적·문화적 차이가 있는 경우, 통역 도구를 사용하더라도 의료용어의 해석이나 표현 차이로 인해 설명 내용이 충분히 전달되지 않거나 오해가 발생할 가능성이 있습니다. 또한 일부 의료용어는 국가나 언어에 따라 정확히 대응되는 표현이 없는 경우가 있어, 설명 내용을 충분히 이해하기 어려울 수 있습니다. 설명 중 이해되지 않는 점이나 불안한 점이 있을 경우, 언제든지 문의해 주시기 바랍니다.

의료 통역사(파견 통역) 이용을 원하시는 경우 사전 예약이 필요하며, 그 비용은 환자 본인 부담입니다.

통역・医療用語の理解について

当院は可能な限り正確な情報提供・意思疎通に努めますが、患者さんと医療従事者との間に言語・文化的な差異がある場合、通訳ツールを利用しても、医療用語の解釈や表現の違いなどにより、説明内容が十分に伝わらない、または誤解が生じる可能性があります。また、医療用語の中には国や言語によって正確に置き換えられる言葉がない場合があり、説明内容が十分に理解しづらいことがあります。説明に不明点や不安がある場合は、その都度お尋ねください。医療通訳者（派遣）による通訳を希望される場合は事前予約が必要となり、その費用は患者さんのご負担となります。

응급상황에 대한 대응

의식 장애, 중증 상태 등으로 시간적 여유가 없고 환자 본인이 판단할 수 없는 경우에는, 생명을 보호하기 위해 필요한 의료 처치를 환자 또는 가족의 동의를 기다리지 않고 시행할 수 있습니다.

緊急時の対応について

意識障害・重症で時間的猶予がなく、患者本人が判断できない場合などには、生命を守るために必要な医療処置をご家族の同意を待たずに行う場合があります。

개인정보 이용 및 안전관리

의료통역을 수행하는 데 필요한 환자의 개인정보는 안전하게 관리하고 치료·설명에 필요한 범위 내에서 적절하게 이용합니다.

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。

윤리면의 배려

본원이 계약하고 있는 의료통역은 통역의 정확성(발언에 대해 생략·덧붙여·수정을 하지 않는다, 발언의 레벨·레지스터·톤·뉘앙스 등은 그대로 유지, 발언을 알아들을 수 없는 이해할 수 없는 경우는 그것을 명확히 하도록 요구한다, 오역 발생 시에는 신속히 표명), 수비의무, 직무범위, 지식, 스킬의 유지·향상에 노력해 실시하고 있습니다. 통역회사서 통역사의 능력과 적성을 확인하고 있습니다.

통역회사서 통역사의 능력과 적성을 확인하고 있습니다.

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 외국어로 된 소개장이나 진단서 등의 발행은 영어로만 대응합니다. 그 경우에는 1 통당 5,000 엔(부가세 별도)입니다. 또한 서류 작성에는 20 일 정도가 필요합니다.

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 당 병원에서의 진료 행위, 진료 행위에 관한 통역 및 번역의 불일치 및 사무 수속에 관하여 발생한 소송에 대해서는 오사카지방법원을 제 1 심의 전속적 관할법원으로 합니다.

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 일본의 공적 건강보험에 가입하지 않으신 분

☐

日本の公的健康保険に加入していない方

- ① 일본 국민 및 외국인 거주자는 일본의 의료보험 제도의 공적 건강보험에 가입할 의무가 있습니다. 또한 외래나 입원 진료에는 '진료 수가 점수'가 정해져 있는데 1 점은 10 엔으로 계산됩니다. 당 병원에서는 **외국인 여행자 등 일본의 공적 건강보험에 가입하지 않으신 환자가 일본 체류 중에 병이나 부상으로 진찰을 받는 경우, '진료 보수 점수' 1 점당 30 엔으로 진료비를 계산합니다.**

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 입원일까지 가입 중인 보험사로부터 지불을 확약 받지 못한 경우에는 현금 또는 신용카드로 선불 하셔야 합니다.

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。

의료비 납부가 일정 기간 확인되지 않을 경우, 병원은 미수금 채권을 보험회사에 양도하고, 보험회사에서 환자분께 청구(구상)하게 됩니다.

이 경우, 환자분의 성명·연락처 등의 개인정보 및 진료비 관련 정보를 보험회사 등에 제공하게 됩니다.

医療費のお支払いが一定期間確認できない場合、病院は未収金の債権を保険会社に譲渡し、保険会社より患者さんへ請求(求償)を行います。その場合、患者さんの氏名・連絡先等の個人情報および診療費に関する情報を保険会社等に提供します。

이상과 같은 내용을 읽고 내용을 이해했습니다. 동의한 후에 진찰을 신청합니다.

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。

일자 (日付): YYYY / MM / DD

/ /

오사카공립대학의학부부속병원 귀하
大阪公立大学医学部附属病院 病院長様

성명 (名前):

대리인/환자 이름에 서명하는 사람 (서명):

代諾者・代筆者 氏名(署名)

*보호자 및 대리인의 서명은 환자 본인이 서명할 수 없는 경우나 미성년자일 경우에기입해 주시기 바랍니다.
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。

* 환자의 개인정보에 대해서는 원내의 규정에 따라 대처합니다.
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。