

「診療申込書」兼「包括同意書」

Please fill in the date of your visit.

Registration and General Consent Form

フリガナ				
Name 名前	Last Shonan	First Fujisawa	Please write the same name as it is written on your insurance card or passport	
Date of Birth 生年月日	1 9999 年 / 01 月 / 01 日			
Gender 性別	<input checked="" type="radio"/> M (男) · F (女)	Age 年齢	22 歳	Nationality 国籍: USA

Address

in Japan (or Accommodation) 現住所または滞在先 (Post Code: **251-0041**)
1-5-1 Tsujido-Kandai, Fujisawa, Kanagawa

For short-term visitors ONLY (短期滞在者のみ以下本国の住所記載)

Home country *in English* (Post Code:)
Please fill out this section if you are a short-term visitor (staying in Japan for 3 months or less)

Home country *in native language* (Post Code:)
自国の文字で(必要時)

Phone Number NOTE: please provide a reachable phone number. 病院から連絡が可能な番号を記入してください

Primary Phone # 電話番号
Phone#: **090-000-0000** Name: **SHONAN FUJISAWA**
Is communication in Japanese possible? (YES / NO) 日本語での連絡はですか?
If NO, what language: ()
 Representative in case of a minor (家族)

Emergency Contact 緊急連絡先
Phone#: **080-000-0000** Name: **SHONAN TSUJIDO**
Is communication in Japanese possible? (YES / NO) 日本語での連絡はですか?
If NO, what language: ()
Relationship 続柄 (Spouse配偶者/ Mother母/ Father父/ Child子/Sibling兄弟/
Colleague職場の人 / Friend友人/ Other())
NOTE: If you cannot be reached, we will contact your emergency contact.

Place of Work 勤務先
TOKUSHUKAI COMPANY Tel :

★Do you have a Japanese Insurance? 日本の保険証をお持ちですか? Yes はい No いいえ
If you are a Japanese insurance holder, making a photocopy is required. お持ちであれば保険証のコピーをさせていただきます。

★ FOR Foreign Nationals: please check the appropriate residency status box and cooperate with the following.
外国籍の方には、該当する滞在資格の口に✓および下記の事項へのご協力をお願いします。

Permanent/Settlement 永住・定住 Visa ビザ Kindly provide your Japanese residence card for copying (在留カード)

U.S. forces Japan/Military civilian 米軍関連 Kindly provide your passport or military ID for copying (パスポートまたは軍のID)

Short stay 短期滞在 Other その他 Kindly provide your passport for copying (パスポート)

Please also provide us with your email address, since you only have an international phone number.

Have you ever visited this hospital before? (Yes · No)
当院で診察を受けたことがありますか?

Do you have an appointment? (Yes · No)
本日、予約はありますか?

Do you have a referral letter? (Yes · No)
紹介状はお持ちですか?

Please indicate a department you would like to visit today. ご希望の診療科を○で囲んでください。

1 General Internal Medicine (without appointment) 内科	2 Other (with appointment, Department:) 予約内科 ※ If you have an appointment not listed below, please specify the department.
3 Pediatrics 小児科	4 General Surgery 外科
5 Orthopedics (General/Hip) 整形外科 (一般/股関節)	6 Dermatology 皮膚科
7 Gynecology 婦人科	8 Obstetrics 産科
9 Urology 泌尿器科	10 Neurosurgery 脳神経外科
11 Ophthalmology 眼科	12 Otorhinolaryngology 耳鼻咽喉科
13 Radiology 放射線科	14 Cardiovascular Surgery 心臓血管外科
15 Anesthesiology 麻酔科	16 Plastic Surgery 形成外科
17 Emergency Department 救急センター/救急診療部	18 Spine and Scoliosis Center 脊椎・脊柱側弯症センター

Continued on the Back Side 裏面に続く

★The demands regarding medical cooperation implementation 医療連携実施に関するお願い
We share the information about the medical treatment of patient in cooperation with Chigasaki Tokushukai Hospital.
Would you please agree? 茅ヶ崎徳洲会病院と医療連携を図るために、患者様の診療情報を相互で共有する場合があります。
ご理解の上、ご賛同いただけますか
Agree 同意する Not Agree 同意しない (You can retract this agreement at any time. 同意の撤回は随時承ります)

Initials SF

★Fee for treatment of patients' choice first visit without a referral letter on the month 初診時の費用について
A fee of **7,700 JPY** (including tax) will be charged for the first medical consultation on the month (Excluding those with a referral letter, and others). In addition, a fee of **3,300 JPY** (including tax) will be charged as a selected medical fee for a follow-up visit if the patient desires to continue to see a doctor at this hospital even though the patient's symptoms have stabilized and a referral to another medical institution has been provided. We appreciate your understanding in advance.

初診選定医療費として、7,700（税込）を徴収しております。（紹介状持参・その他除く）予めご了承ください。また、症状が安定し、他医療機関へ紹介を申し出たのにも関わらず患者本人の希望により引き続き当院に受診する場合、再診時選定医療費として、3,300（税込）を徴収しております。予めご了承ください。

Initials SF

★General Consent (We will regard it as approval if there is no any objections)
By signing this form, you are considered to have agreed to the general medical practices (consultation, nursing, medication, injection, imaging test, blood test, urine test, physiological examination, bacteriological examination, rehabilitation training, nutritional guidance, precaution measure for falls at outpatient departments and ER and etc.) to be carried out in the hospital. In addition, for highly invasive procedures and examinations (surgery, angiography and treatment, endoscopy, general / spinal / epidural anesthesia, sedation, restraint, contrast medium examination, chemotherapy, HIV test etc), there will be separate consent form for each. As a core clinical training hospital, trained physicians may undergo medical examination under supervision of medical instructors. Also, students intending to be medical professionals may conduct clinical practices under guidance. For further information, please read "Requests regarding core clinical training hospital", and thank you for your cooperation and understanding about our medical staff development plan.

*The personal information of the patient is handled according to the hospital policy.

Please write your initials after reading each section.

包括同意について(お申し出のない場合は、同意していただいたものとして取り扱わせて頂きます。)

通常の診療行為(診察、看護、投薬、注射、画像検査、採血、採尿、生理学的検査、細菌検査、リハビリ訓練、栄養指導、外来、救急での転倒・転落予防対策など)に関し、本紙のご記載をもって同意の代わりとさせていただきます。また、侵襲の高い手技や検査(手術、血管撮影・治療、内視鏡、全身・腰椎・脊椎硬膜外麻酔、鎮静、抑制、造影剤検査、抗がん剤使用、エイズ検査等)には、個別の同意書を頂きます。なお、基幹型臨床研修病院として、指導医監督のもと研修医が診察を行う場合があります。また、医療従事者を志す学生が指導者のもと臨床実習を行っております。詳しくは、「基幹型臨床研修病院に関するお願い」をお読み頂き、医療人の育成につきまして、皆様のご協力とご了解をお願い致します。 ※個人情報の取り扱いについては、院内規定に基づき対応させていただきます。

Initials SF

★ If you use an interpretation service, please read the following information. 通訳を利用される場合は、以下の点をお読みください。
・ The Interpreter is obligated to protect your private information, and the information will not be used for any purpose other than the provisions by medical services. 通訳者には守秘義務があり、患者さんのプライバシーは保護されます。
・ All interpretation may not be delivered accurately. 通訳における表現が適切ではないことがあります。

Initials SF

★ Not all religious requests can be arranged (we will try our best) 宗教上の依頼全てに対応できるとは限りません。

Initials SF

★ If any medical issues occur at this hospital, all issues are handled and resolved according to the Japanese Law and Japanese judicial systems inside Japan. 診療において問題が生じた場合、日本の法律に従い日本国内の裁判所において対応させていただきます。

*Primary Language 言語	<input type="checkbox"/> Japanese 日本語 <input checked="" type="checkbox"/> English 英語 <input type="checkbox"/> Spanish スペイン語 <input type="checkbox"/> Chinese 中国語
	<input type="checkbox"/> Others その他 ()
*Do you have religion? 宗教	<input checked="" type="checkbox"/> Yes () <input type="checkbox"/> None

Signature 署名	Date 日付 (day of your visit)	Relationship 関係
SHONAN FUJISAWA	2025 / 09 / 01	

Having agreed to the above information, I am applying for medical treatment.

If the patient is under 20 years old, please write the name of a parent or legal guardian.

以上の内容に同意をし、診療を申し込みます。未成年の患者の親もしくは認められた保護者の名前を記入してください。

Hospital use only 病院使用欄

日本の保険証：有・無 身分証：有（パスポート 在留カード 米軍IDカード 免許証） 無（無の場合は、後日持参依頼）	日本語会話：可・少し可・不可 日本語読み書き：可・不可	滞在資格： 永住・定住・ビザ 米軍関連・ 短期滞在 他 ()
---	--------------------------------	--