

母国語 Mother language ()
母国語以外に対応可能な言語 Any other language available for the communication ()

日本の国民健康保険証を持っているか？ You have Japanese National Health Insurance (NHI) certificate?
☐ 持っている Yes → 国民健康保険を適用する NHI applicable
☐ 持っていない No → 自費診療となる Out-of-pocket cost for medical treatments

あなたの住所はどこですか？ Home address
☐ その住所を証明できる書類原本を提出してください Provide a documented proof (original) to confirm the address
☐ 日本国内 Domestic → 既存の手続きへ（自費、通訳費用は不要） Proceed the defined procedures (WITHOUT out-of-pocket cost for medical treatment and interpretation service.)
☐ 日本国外 Overseas → 文書A以降に回答する（自費、通訳費用も徴収） See Attachment A (WITH out-of-pocket cost for the medical treatment and interpretation service.)

文書A Attachment A
医療通訳の手配に関する事項 Considerations for Medical Interpreter Arrangements

①（自分で医療通訳を手配する場合） When arranging the medical interpreter by yourself.
☐ 医療通訳を務めようとする者および通訳を必要とする当事者は、「医療通訳同意書」にあらかじめ署名が必要です。ただし、その同意書に規定する「通訳の水準」に満たないと当院が判断した場合には、他の通訳手段に切り替えて（以下②ないし③）通訳費用が発生します。
The patient and medical interpreter arranged by the patient should give an advance signature to a document, “Consent on Medical Interpreter.” If the hospital judged the medical interpreter doesn't satisfy the requirement stipulated in the documented consent, other options (② or ③ below) should be reconsidered, and the medical interpreter cost will be charged.

②（通訳の手配に同意する場合） Upon agreement on the medical interpreter arranged by the hospital.
☐ 当院が提携している医療通訳者を手配します。
The medical interpreter will be arranged by the hospital.

③（通訳の手配を断る場合） When declining the medical interpreter arranged by the hospital.
☐ 日本語が不自由なことにより意思疎通に不備が生じても、病院及び医師・職員への責任を問うことはできません。
The hospital, physicians and relevant employees are NOT held responsible for miscommunication/ misinterpretation if happened arising out of the language barrier.
☐ 通訳手配を断った場合でも、医師または職員が診療に医療通訳が必要であると判断した場合には、有償での対応に切り替わります。
Despite the medical interpreter arrangement was declined, the paid service by the hospital should be suggested even in the middle of treatments if the physicians or any employees judged necessary.
☐ 有償での対応には、当院側が用意したスマートフォンや翻訳ツールを用いたコミュニケーションも含まれます。
The paid service includes the communication using a mobile phone and/or translation APP given by the hospital.
☐ 侵襲的治療（手術、心臓カテーテル検査、透析、内視鏡検査など）を受けようとする場合など、専門の医療通訳者の手配が必要な場合には、通訳の到着まで待ち時間が発生します。
If professional medical interpreter should be involved in a case of invasive treatments (surgical procedures, cardiac catheter, dialysis, endoscopic observation, etc.), the patient should wait until the interpreter becomes available on site.

☐ ②または③については、いずれの場合でも通訳料として一律¥ 35,000が発生します。
For any case in ② or ③, JPY35,000.- is charged as the medical interpreter cost.

（病院使用欄）
☐ 文書A①②③のいずれかの項目について、全て ☒ がっていることを確認した職員名（ ）

（病院使用欄）通訳料を請求しますか？
☐ 請求する ☐ 請求しない

日付： 署名：

来院目的の確認 Purpose of Hospital Visit

当院で対応が可能なのは、一時的な受診のみです。
以下の場合には追加費用がかかります。 What the hospital can provide is only tentative treatments, and additional cost would be required in the following cases.
☐ 紹介状を持参している Referral form available
☐ その他の書類を持参している Any other document available

対応不可 Impossible to deal with the following cases.
☐ 継続的な治療を希望する Continued treatment
☐ 健康診断 Health checkups
☐ セカンドオピニオン Request of second opinion
☐ 医療目的の渡航 Overseas traveler for the purpose of receiving medical treatment.
☐ 薬の処方のみ Only prescription of medicines
☐ 検査・文書作成のみ Only examination/ documentation

文書C Attachment C

☐ 持参文書はあるか Documents available
☐ 持参文書の種類は？ Type of the documents available
☐ 紹介状 Referral Form
紹介元医療機関 Medical institute who issued the form ()
☐ 診断書 Medical certificate
☐ その他 Others ()
☐ 持参文書の言語は？ Language used in the document
☐ 日本語である Japanese →①へ
☐ 日本語以外である Non-Japanese →②へ
☐ ①持参文書は日本語である The documents available are written in Japanese
☐ 不適切な翻訳の文書であった場合、当院での診療をお断りする場合がありますことに同意します。 I agree to understand that the hospital would decline the medical treatment, in a case that the document available is not properly translated.
☐ ②持参文書は日本語でない The documents are NOT written in non-Japanese.
☐ 翻訳費用が発生することに同意します。 I agree to bear the translation cost
☐ 翻訳費用 Translation cost: ¥ 6,000- (A4 片面1ページあたり: 切り上げ per page, A4, single-sided, blanks included if any)
☐ 作成してほしい文書はあるか Documents requested
☐ 紹介状 Referral form
☐ 診断書 Medical certificate
☐ その他 Others ()
☐ 受取方法の希望 How to receive
☐ 電子メール by email (アドレス email address:)
☐ 原本の郵送 by postal mail (追加料金あり additional charge; ¥ 1,000)
☐ 作成に日数がかかることに同意します
☐ 文書作成等の費用がかかることに同意します , I agree that it would take a few weeks to receive the requested documents, and pay for the documentation
☐ 作成希望文書の言語は？ Language for the documentation
☐ 日本語である in Japanese →③
☐ 日本語以外である in non-Japanese →③+④
☐ ③作成費用 Documentation fee
☐ 当院書式: ¥ 2,400- (use hospital's format)
☐ それ以外: ¥ 3,600- (use any other format)

☐ ④翻訳費用 Translation fee
☐ 希望言語は？ Language? ()
☐ 翻訳費用 Translation fee: ¥ 6,000- (A4 片面1pあたり: 切り上げ per page, A4 single-sided, blanks included if any)
* 翻訳費用は作成費用に加算されます。 You pay both fee the Documentation fee and the Translation fee.

文書D Attachment D
概算医療費 Estimated Costs for Medical Treatment

＜医療費の目安 Rough cost by treatment＞
診察料（初診料含む） Physician's fee (including initial consultation) ¥ 4,500 ~
救急搬送管理料 Emergency transport management ¥ 10,000
検査（血液、尿検査） Examination of blood/ urine ¥ 7,000 ~
超音波検査 Ultrasonic diagnosis ¥ 5,000 ~
レントゲン検査 X-ray ¥ 2,000 ~
心電図検査 Cardiac electrogram ¥ 1,500 ~
CT検査 Computed tomography scan (CT) ¥ 18,000 ~
MRI検査 Magnetic resonance imaging (MRI) ¥ 20,000 ~
創傷処理 Wound healing ¥ 5,000 ~

最低 at minimum ¥ 16,000 ~
平均的にかかる費用 average ¥ 30,000
※通訳・翻訳料は別にかかります (Separately, translation/ interpreter fee should be charged if the service is used.)

＜上記とは別途費用が発生するもの Additional cost is required in the following procedures＞
手術、心臓カテーテル検査、透析、内視鏡検査など
Surgical procedures, cardiac catheter, dialysis, endoscopic observations, etc.

☐ 実施した診療や検査治療内容に応じて費用を負担することに同意します
I agree to bear and pay the cost corresponding to the examinations and medical treatments actually implemented.

文書E Attachment E
デポジット Deposit required

デポジット（保証金）を診察前にお支払いいただきます。会計時に、領収金額からデポジットを差し引いた額を精算します。
The deposit must be paid before medical consultation.
The deposit will be deduced from your bill when you make payment.

☐ 診療を開始するにあたり、事前にデポジットをするに同意して支払います。
I agree to pay a relevant deposit required for the medical treatment in advance of the treatment.

デポジット金額 Deposit amount: ¥ 40,000-
以下のいずれかの方法で支払ってください Payment method
☐ 現金（日本円） By cash (Japanese Yen)
☐ クレジットカード By credit card
☐ VISA ☐ Mastercard
☐ JCB ☐ AMERICAN EXPRESS
☐ DISCOVER ☐ Diners Club

☐ 当院で発行する領収書・明細書は日本語のみであることに同意します。 I agree to receive and accept a receipt/ treatment details written in Japanese.

この紙面の内容を確認の上、当院での診療を受けることに同意します。
The signature below represents fully understanding of the contents herein and agreement to receive the medical treatment.

日付 Date:

署名 Signature: