

نموذج طلب دخول المستشفى ونموذج الإقرار بالالتزام بتعليمات المستشفى

/Hospital Admission Application Form and Declaration Form

/入院申込書（兼誓約書）

إلى مدير /To the director of/ 病院長

(اسم المستشفى /Hospital name/ 病院名)

أوافق على الالتزام التام بقواعد ولوائح المستشفى قبل دخوله.
أقر أنا، المريض، بأنه سيتم إخراجي على الفور، وفقاً لتعليمات المستشفى، في حال مخالفتي أيًا من القواعد واللوائح، بما في ذلك تلك الموضحة أدناه، أو في حال إزعاجي للمرضى الآخرين. كما أقر بأنني لن أتسبب في حدوث أي مشاكل في المستشفى تحت أي ظرف من الظروف، وذلك بموجب التوقيع المشترك مع مقدم الطلب والكفيل والكفيل المتضامن.

/Before being admitted to the hospital, I agree to comply fully with its rules and regulations.

I, the patient, understand that I will be promptly discharged in accordance with the hospital's instructions if I violate any of the rules and regulations, including those described below, or if it is decided that I am disturbing other patients. I declare that I will not cause any trouble in the hospital under any circumstances by signing jointly with the applicant, the guarantor, and the joint guarantor.

/貴院に入院するに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。
万が一、各種規則に違反、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い、即時退院することを了承致します。その他、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を
申込者、身元保証人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

記

1. سأدفع أنا أو مقدم الطلب أو الكفيل المتضامن رسوم دخول المستشفى وجميع النفقات الأخرى بالكامل في الموعد المحدد.
/Admission charges and all other expenses will be paid in full by the applicant, the joint guarantor, or myself by the specified due date.
/入院料その他の諸費用については、入院者、申込者又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
2. سيتحمل كفيلي المسؤولية كاملة عن سلوكي.
/My guarantor is completely responsible for my behavior.
/本人の身元については、身元保証人において一切引き受けを致します。
3. وفي حال طلب مني مغادرة المستشفى، فسيكون كفيلي مسؤولاً عن التزامي بالمغادرة في الموعد المحدد.
/If I am instructed to leave the hospital, my guarantor will be responsible for making sure that I leave on the specified date.
/退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。
4. وسأقدم للمستشفى جميع المستندات والشهادات المطلوبة في الموعد المحدد.
/I will provide the hospital with all requested documents and certificates by the specified date.
/貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。

以上

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/ アラビア語

*إذا كان المريض هو نفسه الشخص مقدم الطلب، فلا يلزم حينئذ إدخال بيانات القسم التالي.

/*If the patient is the same person as the applicant, entries are not required for following section.

/入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。

مقدم الطلب /Applicant/ 申込者			
☐ ذكر /Male/ 男 ☐ أنثى /Female/ 女	الجنس /Sex /性別		الاسم /Name /氏名
	العلاقة /Relationship /患者との関係	سنة /Year/ 年 شهر /Month/ 月 يوم /Day/ 日 (عامًا /years old/ 歳)	تاريخ الميلاد (يوم /شهر/ سنة) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日
			العنوان /Address /住所
	رقم الهاتف (الجوال) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		رقم الهاتف (المنزل) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)
	رقم الهاتف (العمل) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)		مكان العمل /Place of work /勤務先名

_____ التاريخ /Date/ 日付: _____ الختم أو التوقيع /Seal or signature/ 押印又は署名

المريض /Patient/ 入院者			
☐ ذكر /Male/ 男 ☐ أنثى /Female/ 女	الجنس /Sex /性別		الاسم /Name /氏名
		سنة /Year/ 年 شهر /Month/ 月 يوم /Day/ 日 (عامًا /years old/ 歳)	تاريخ الميلاد (يوم /شهر/ سنة) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日
			العنوان /Address /住所
	رقم الهاتف (الجوال) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		رقم الهاتف (المنزل) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)
	رقم الهاتف (العمل) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)		مكان العمل /Place of work /勤務先名

_____ التاريخ /Date/ 日付: _____ الختم أو التوقيع /Seal or signature/ 押印又は署名:

患者ID :

العربية /Arabic/ アラビア語

Emergency contact during hospitalization/入院中の緊急連絡先

☐ ذكر/Male/男 ☐ أنثى/Female/女	الجنس /Sex /性別		الاسم /Name /氏名
	العلاقة /Relationship /患者との関係	☐ أتحدثها/I can /できる ☐ لا أتحدثها/I can't /できない (اللغة/language/言語)	تتحدث اليابانية /Japanese /日本語
	رقم الهاتف (الجوال) /Phone No. (Mobile) /電話（携帯）		رقم الهاتف (المنزل) /Phone No. (Home) /電話（自宅）
	رقم الهاتف (العمل) /Phone No. (Work) /電話（勤務先）		مكان العمل /Place of work /勤務先名

يُعرَّف الكفيل بأنه الشخص الذي يقدِّم ضمانًا أو كفالة لهذا المريض.

/The Guarantor is the person who provides a warrant or guarantee to this patient.

1身元保証人とは、入院者本人の身元を保証する人です。

الكفيل/Guarantor/身元保証人			
☐ ذكر/Male/男 ☐ أنثى/Female/女	الجنس /Sex 性別/		الاسم /Name /氏名
	العلاقة /Relationship /患者との関係	سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日 (عامًا/years old/歳)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日
			العنوان /Address /住所
	رقم الهاتف (الجوال) /Phone No. (Mobile) /電話（携帯）		رقم الهاتف (المنزل) /Phone No. (Home) /電話（自宅）
	رقم الهاتف (العمل) /Phone No. (Work) /電話（勤務先）		مكان العمل /Place of work /勤務先名

التاريخ /Date/ 日付: _____ الختم أو التوقيع /Seal or signature/ 押印又は署名: _____

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/ アラビア語

يُقصد بالكفالة المتضامنة أنها ضمانة قانونية يلتزم بموجبها المريض و C بسداد النفقات الطبية، ويتحمل الكفيل مسؤولية سداد كامل المصاريف الطبية في حال لم يف المريض بمسؤوليته.

/Joint Guarantorship is a legal guarantee undertaken by a patient and a guarantor in which the guarantor can be held responsible for repaying the whole of the medical expense debt if the patient does not hold to his responsibility.

/連帯保証人は、入院者本人が債務履行能力不能の場合責任を負う立場であり、入院者が費用を支払えないなどの、責任を負えない場合には代理で支払う義務を負います。

Joint Guarantor/連帯保証人 /الكفيل المتضامن			
☐ ذكر/Male/男 ☐ أنثى/Female/女	الجنس /Sex /性別		الاسم /Name /氏名
	العلاقة /Relationship /患者との関係	سنة/Year/年 شهر /Month/月 يوم /Day/日 (عامًا /years old/歳)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日
			العنوان /Address /住所
	رقم الهاتف (الجوال) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		رقم الهاتف (المنزل) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)
	رقم الهاتف (العمل) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)		مكان العمل /Place of work /勤務先名

أوافق، بصفتي الكفيل المتضامن، على تحمل المسؤولية المشتركة عن سداد النفقات الطبية في الموعد المحدد، في حال عدم سداد جميع النفقات الطبية أو جزء منها، بما في ذلك رسوم دخول المستشفى وجميع الرسوم الأخرى.

/I, the joint guarantor, agree to be jointly responsible for the payment of expenses if all or part of the medical expenses, including admission charges and all other charges, are not paid by the specified due date.

/私（連帯保証人）は、入院料、その他の諸費用の全部又は一部が指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

التوقيع أو الختم /Seal or signature/押印又は署名: /Date/日付: التاريخ

*سيتم التعامل مع معلوماتك الشخصية وفقاً للوائح المؤسسة.

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

/患者さん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。

أعنت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.
本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。