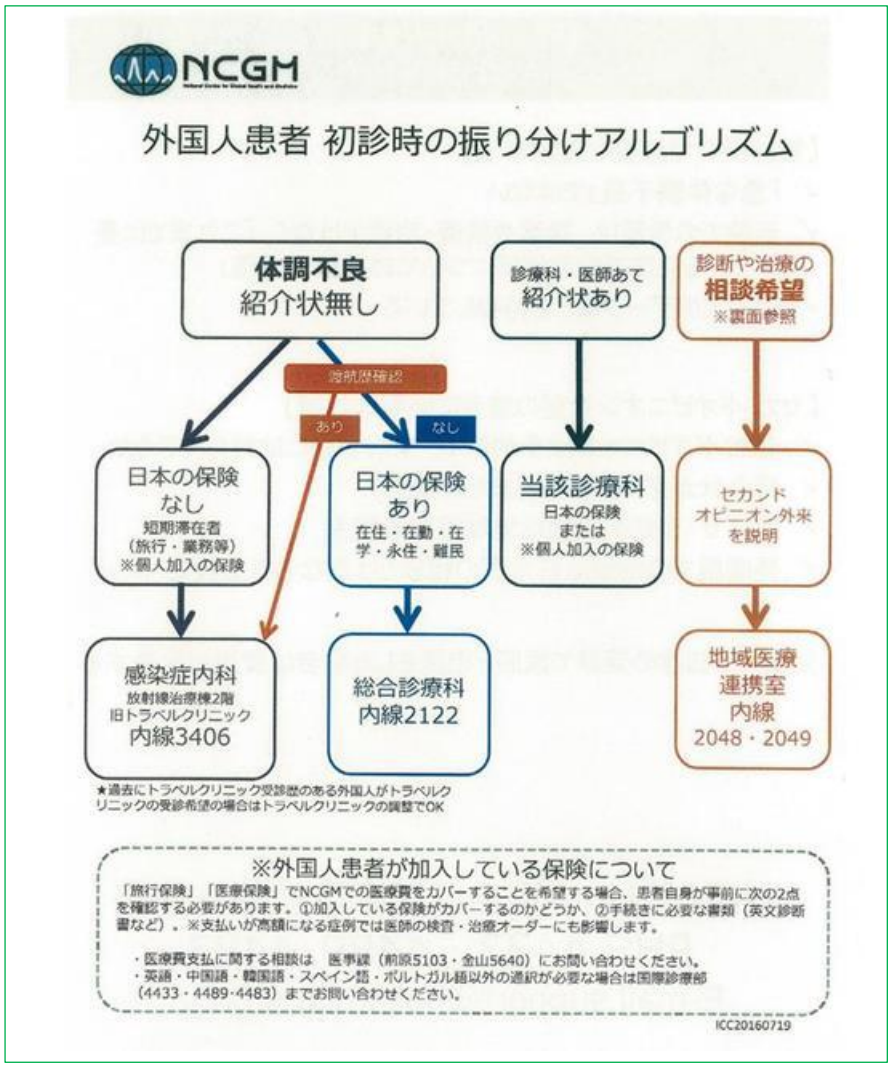
（資料編）「外国人患者受入れ医療機関認証制度」の認証取得後の受入れ対応状況

［評価項目］１ 受入れ対応　**［写真１］**

（言語サポートが必要な外国人患者専用受付）

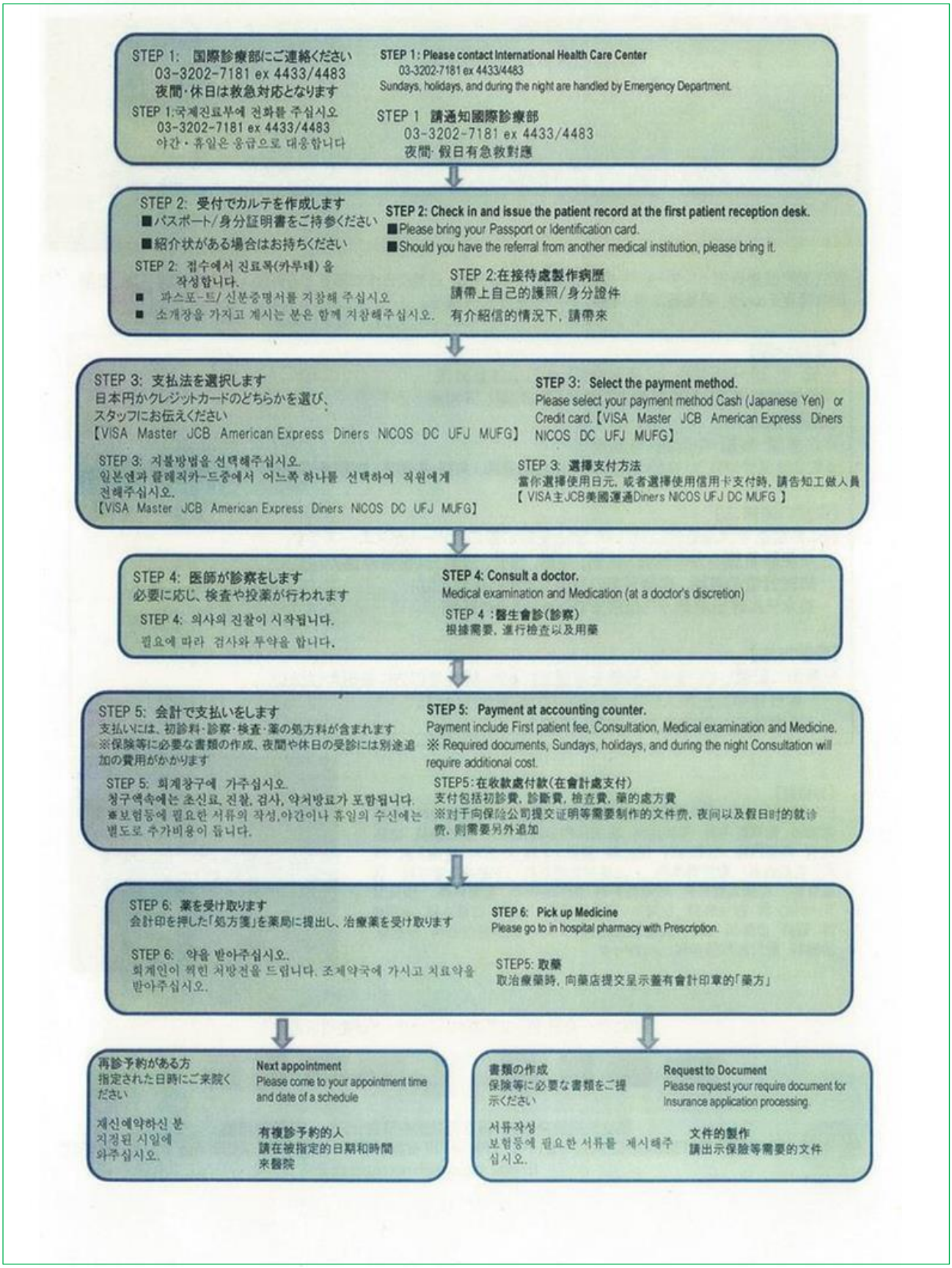
［評価項目］１ 受入れ対応　**【資料１】**

（院内職員向けに作成された初診対応時の振り分け手順）



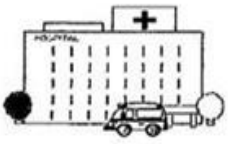
［評価項目］ 1 受入れ対応　【資料２】

（英語、中国・韓国語標記の患者向け診療プロセスの案内）



［評価項目］ 1 受入れ対応　【資料３】

（外国人患者向け診療報酬体系などの説明書）



General Items included in Medical Expenses

The below items included in the medical expense are set on the basis of Japanese health insurance system. Examinations and treatments are performed depending on your condition.
医療費における費用項目は、医療保険制度に基づいて設定されています。
検査及び治療については患者の病状に合わせて行います。

NOTE
If you don't have a Japanese health insurance, you have to pay 200% of the medical cost set by Japanese health insurance system.
(Private room charge, meal charge and documentations are not included.)
日本の保険をお持ちでない方は日本の医療保険制度に基づいて設定された医療費の200%をお支払いいただきます。(個室料、食事料や文書料は含みません。)

General Items
First /subsequent visit fee （初／再診料）
Admission charge （入院料）
DPC(Diagnostic Procedure Combination)
Medical supervision charge （医学管理料）
Emergency medical fee （救急管理加算）
Examinations （検査料）
Medical treatment （処置料）
Medication （投薬料）
Meal charge （食事料）
Private room charge （個室料） The rate is daily base.
Documentation （文書料）
Other items （その他） Surgery(手術料)、 Anesthesia(麻酔料)、 Blood transfusion(輸血料)、 Rehabilitation（リハビリテーション） etc.

（英語表記による「選定療養費」と診療プロセスの説明書）

Reception for first-visit

To arrange your admission properly and smoothly, please confirm that you have prepared the following items.

☐ **Referral letter**
You are recommended to visit your family doctor or another medical institution first and obtain a referral letter including your diagnosis and past treatment history.
If you want to see our doctor today without a referral letter, you are requested to pay a special fee, "the fee for Treatment of Patients" of JPY 5,400, in addition to medical expenses.

☐ **Japanese health insurance card**
If you do not have a Japanese health insurance card, you need to pay the full amount of medical expenses by own today. We accept either cash or major credit cards.

※ We, NCGM, is one of the advanced treatment hospitals in Tokyo where more than 850 outpatients visit per day. While we are willing to arrange your admission as you request, please kindly understand that it takes time in some circumstances and some departments are not available for first-visit patients without a referral letter.

Today's Procedure

1	Fill out the application form at the first-visit reception. If you have any referrals and health insurance card, please pass them to the staff as well.
2	After checking your application form, the staff will give you a questionnaire for the medical department.
3	Please receive your confirmation sheet and your patient ID card.
4	Please go to the reception of the relevant medical department and hand in the confirmation sheet.
5	When your 4-digit number on the confirmation sheet appears on the electric board, please enter the consultation room.
	【Medical Examination】
6	Please go to the cashier and hand in the file on the 1st floor
7	When your 4-digit number appears on the electric board, please pay your expenses by automated payment machine.
8	If you are provided a medical prescription, please go to a pharmacy outside the hospital.

For your next visit
Upon your arrival, please check in by the return-visit reception machine with your patient ID card. After receiving the confirmation sheet, please go straight to the department or physical examination room..

To change/cancel your appointment
Please visit the appointment desk on the 1st floor or call our service desk 03-3202-7494 or 7495 between 8:30 am and 5 pm, weekdays.

（英語表記による本人確認書）

－質問票（緊急連絡先、母国語、国籍等）－　（記載後は医事課へ提出）

NCGM QUESTIONAIRE

Date:

【Patient name】患者氏名
Family Name（氏）　Given Name（名）

Passport No. パスポート番号

【Emergency contact】緊急連絡先
Name: 氏名　(Relationship: ご関係)
Address: 住所
Phone (Home/Cell): 電話

Do you have a Japanese healthcare insurance? 日本の保険はお持ちですか？
☐Yes
☐No → (☐Overseas health insurance海外保険　☐Uninsured無保険)

Special requirements for your religious and others (if any) 宗教等への配慮（あれば）

Please check your nationality: 国籍

☐	401	Australia	オーストラリア
☐	608	Brazil	ブラジル
☐	501	Canada	カナダ
☐	116	China	中国
☐	712	France	フランス
☐	711	Germany	ドイツ
☐	102	India	インド
☐	110	Indonesia	インドネシア
☐	715	Italy	イタリア
☐	113	Korea	韓国
☐	108	Malaysia	マレーシア
☐	601	Mexico	メキシコ
☐	106	Myanmar	ミャンマー
☐	103	Nepal	ネパール
☐	710	Netherlands	オランダ
☐	402	New Zealand	ニュージーランド
☐	111	Philippines	フィリピン
☐	728	Russia	ロシア
☐	109	Singapore	シンガポール
☐	713	Spain	スペイン
☐	703	Sweden	スウェーデン
☐	719	Switzerland	スイス
☐	780	Taiwan	台湾
☐	107	Thailand	タイ
☐	707	UK	英国
☐	502	USA	アメリカ
☐	115	Vietnam	ベトナム
☐	801	Others ( )	

Please check your native language: 母国語

☐	2140	Arabic	アラビア語
☐	1162	Chinese (Guangzhou)	中国語（広州/広東語）
☐	1161	Chinese (Mandarin)	中国語（北京語）
☐	1163	Chinese (Shanghai)	中国語（上海）
☐	7100	Dutch	オランダ語
☐	5020	English	英語
☐	7120	French	フランス語
☐	7110	German	ドイツ語
☐	1020	Hindi	ヒンディー語
☐	7150	Italian	イタリア語
☐	1230	Japanese	日本語
☐	1130	Korean	韓国語
☐	1080	Malay	マレー語
☐	7140	Portuguese	ポルトガル語
☐	7280	Russian	ロシア語
☐	7130	Spanish	スペイン語
☐	1110	Tagalog	タガログ語
☐	1070	Thai	タイ語
☐	1150	Vietnamese	ベトナム語
☐	8010	Others ( )	

Purpose of Stay in Japan: 来日目的

☐	1	Japan residence	日本居住者
☐	2	Foreign students	留学生
☐	3	Therapeutic purpose	治療目的による来日
☐	4	Medical examination purpose	健診目的による来日
☐	5	Tourism or business	観光・ビジネス目的による来日
☐	6	Others ( )	

Period of Stay in Japan: 滞在期間

☐	1	Less than 3 months	3か月以内
☐	2	Over 3 months	それ以上

For staff only（スタッフ記載）

日付　年　月　日

患者ID:

入院外来:　入院 ・ 外来

紹介の有無:　通常診療 ・ 通訳対応 ・ なし

対応時間　:　分

予約状況:　予約あり ・ 予約なし ・ 救急搬送

対応言語:

☐1230	日本語
☐5020	英語
☐1160	中国語
☐1130	韓国語

以下は対応言語が「日本語」以外の時に記載

＊対応者について
☐ 1 登録医療コーディネーター　(名前)
☐ 2 登録医療通訳　(名前)
☐ 3 その他の職員（自分も含む）が通訳をした
☐ 4 その他の職員（自分も含む）が通訳なしで身振りや翻訳例等で対応
☐ 5 患者同伴者（通訳技能者）による通訳
☐ 6 患者同伴者（通訳技能者以外）による通訳
☐ 7 外部通訳の利用
☐ 8 電話通訳の利用
☐ 9 その他（内容記載）　( )

＊対応者が「1か2」でない場合、その理由
☐全ての登録者が勤務外　☐登録者が別患者通訳の対応中
☐登録者が対応できない言語　☐患者が医療通訳を同伴した
☐自分で話せた　☐登録者多忙で対応できなかった（通訳以外の業務）
☐その他（)

［評価項目］ 1 受入れ対応　【資料６】

（中国語表記による診療申込書）

中文 / 中国語

患者氏名 ：
患者 ID ：

就诊申请表

姓名		性别	□男 □女
出生年月日	年 月 日	年龄	周岁
住址或在日本的逗留地址 邮编			
本国的住址(仅限短期逗留者)			
家庭电话		手机号码	
国籍		是否需要翻译	□需要 □不需要
母语		职业	
除母语外会说的语言		因宗教原因需要特别照顾的事项	

紧急联络方式

姓名		与患者的关系	
住址			
家庭电话		手机号码	

●请告知您在日本的在留资格。

□居住 □短期逗留（□商务 □旅游）□留学生 □其他（ ）

●请告知您为什么选择本院。

●您是初次来本院就诊吗？ □是 □否
●您是否持有转诊单/介绍信？ □是 □否
●您是否有预约？ □是 □否

保险（医疗保险）种类

□日本的保险 （□公营保险 □个人商业保险）
□海外的保险 （保险公司名称： ）
※如有携带保险证或相关资料，请出示。
□没有加入保险

希望就诊的科室。

□骨科 □精神心理科（心身科） □耳鼻咽喉科 □皮肤科 □内科 □外科 □牙科 □眼科
□脑神经外科 □儿科 □妇产科 □呼吸科 □呼吸外科 □心血管科 □心血管外科 □消化科
□肾内科 □泌尿科 □神经内科

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。

［評価項目］ 1 受入れ対応　【資料７】

（英語表記による診療費の概算額提示書）

別紙8

Mr./Ms. _____ Date: _____

Estimated Medical Expense Statement

Estimated Amount for (month)

yen

Breakdown

Medication fee	yen
Examination fee	yen
Hospitalization fee	yen
Others	yen

For this calculation, the following status is considered:

☐ Japanese Healthcare insurance ☐ Eligibility for ceiling-amount ☐ Medical Voucher
☐ Own Expense

- Please note that the total amount above is an estimate. The actual one might differ.
- Our calculation is based on Japanese Healthcare system and our hospital rules.
- If you have consulted us about payment before, the terms and conditions are applied accordingly.
- Each item of your medical expenses are appeared on a bill later.
- As outpatient, you are required to pay medical expenses on the day of your consultation.
- As inpatient, you are required to pay medical expenses on the day of discharge
  When you are admitted to our hospital for months, you will receive a monthly bill on the 10th day of the following month. Please complete your payment by a due date.
- In case you did not hand in healthcare insurance, medical voucher or certificate of Eligibility for ceiling-amount, you are responsible for all of your medical expenses.

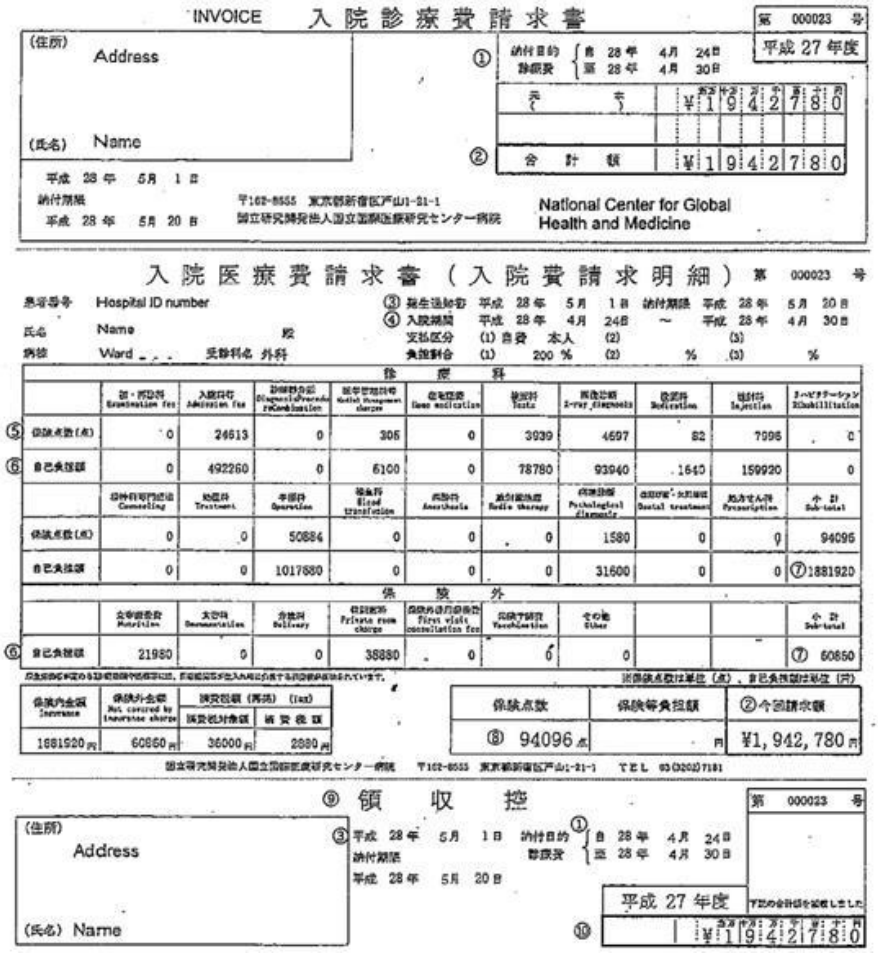
If you have any questions, please feel free to contact us.

Cashier: For details of your outpatient bill, payment method etc.
Discharge Cashier: For discharge arrangements, admission charges etc.
Service Desk for Documents: For applying certificates, medical documents etc.
※ All desks are located on the 1st floor of the main building.

（英語表記による支払明細書の内容説明）

保険なし　200%支払い事例
虫垂炎　6泊7日入院

This is a sample invoice.
This patient was hospitalized for appendicitis from April 24 to April 30.



INVOICE　入院診療費請求書

第 000023 号

(住所) Address
(氏名) Name

① 診療日的 自 28年 4月 24日 至 28年 4月 30日
平成 27 年度

② 合計額 ¥194,278,0

平成 28 年 5月 1日
納付期限 平成 28 年 5月 20 日

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院

National Center for Global Health and Medicine

入院医療費請求書（入院費請求明細） 第 000023 号

患者番号 Hospital ID number
氏名 Name 殿
病棟 Ward _ _ _ 受診科名 外科

③ 発生通知書 平成 28年 5月 1日 納付期限 平成 28年 5月 20日
④ 入院期間 平成 28年 4月 24日 ～ 平成 28年 4月 30日
支払区分 (1) 自費 本人 (2) (3)
負担割合 (1) 200 % (2) % (3) %

診療科

	初・再診料 Examination fee	入院料等 Admission fee	医学管理料等 Medical management charges	在宅医療 Home medication	検査料 Tests	画像診断 X-ray diagnosis	投薬料 Medication	注射料 Injection	リハビリテーション料 Rehabilitation
⑤ 保険点数(点)	0	24613	0	305	0	3939	4697	82	7996	0
⑥ 自己負担額	0	492260	0	6100	0	78780	93940	1640	159920	0

	保険外併用療養費 Counseling	処置料 Treatment	手術料 Operation	輸血料 Blood transfusion	麻酔料 Anesthesia	放射線治療 Radio therapy	精神科専門療法 Psychological therapy	歯科・矯正歯科 Dental treatment	処方せん料 Prescription	小計 Sub-total
保険点数(点)	0	0	50884	0	0	0	1580	0	0	94095
自己負担額	0	0	1017680	0	0	0	31600	0	0	⑦1881920

保険外

	食事療養費 Nutrition	文書料 Documentation	分娩料 Delivery	個室料 Private room charge	保険外併用療養費 First visit consultation fee	保険外診療 Vaccination	その他 Other			小計 Sub-total
⑥ 自己負担額	21980	0	0	38880	0	0	0			⑦ 60860

保険適用の診療内容は、厚生労働大臣が定める基準に従っています。 保険適用外の入院料金を含んでいます。 保険点数は単位（点）、自己負担額は単位（円）

保険内金額 Insurance	保険外金額 Not covered by insurance	調整額（再掲）(tax) 調整対象額	調整額
1881920 円	60860 円	36000 円	2880 円

保険点数	保険等負担額	②今回請求額
⑧ 94096 点	円	¥1,942,780 円

国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院　〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1　TEL 03(3202)7181

⑨ 領収控

第 000023 号

(住所) Address
(氏名) Name

③ 平成 28年 5月 1日 納付期限 平成 28年 5月 20日
① 診療日的 自 28年 4月 24日 至 28年 4月 30日
平成 27 年度
⑩ ¥194,278,0

下記の金額を領収しました

① billing period
② total billed
③ date issued
④ admission period
⑤ insurance points
⑥ patient liability (YEN)
⑦ subtotal
⑧ total insurance points
⑨ receipt
⑩ total received (YEN)

（国際診療部が作成した院内周知のための資料：表面）

国際診療部　言語サポート

E-mail support@hosp.ncgm.go.jp

ICC International Health Care Center

日本語での理解が難しい患者さん・ご家族には
NCGMの言語サポートを活用しましょう

契約電話通訳（13か国語）

8言語については11月1日から

言語	対応時間
英語	24時間 365日
中国語（北京語）	
韓国語	
スペイン語	
ポルトガル語	
ベトナム語	【試行期間】2016年11月1日～2017年3月
ネパール語	
タイ語	
タガログ語	〃 平日 9時～18時
インドネシア語	
ヒンディー語	
フランス語	
ロシア語	

【電話通訳の依頼法】

①専用番号（外部秘）

０３－〇〇〇－〇〇〇〇

に外線電話をかける

②病院名・診療科と希望言語、患者IDを伝える

★間があくときは一度切ってかけなおしましょう

その他の言語

左の表にない、ミャンマー語、クメール語、モンゴル語等の調整、ICのための時間調整については国際診療部へご連絡ください。

対面での言語サポート

医事課	8：30～15：00	英語（5640）・中国語(4488)・韓国語
会計	8：30～17：15	英語（4040）
国際診療部	8：30～16：00	英語（4433/4489/4483）

国際診療部　月～金　8：30～16：00　2016年11月

（国際診療部が作成した院内周知のための資料：裏面）

ICC International Health Care Center

国際診療部　言語サポート

E-mail support@hosp.ncgm.go.jp

外国人対応マニュアルや外国語での同意書はどこにある？

MegaOakの左「外国人対応」にあります。

患者が食事の配慮を希望している

栄養管理室　食数担当（内線2032）へ連絡を。
宗教上の配慮にも対応したメニュー「さくら食」の準備があります。

患者が医療費の支払いを心配している

・日本の保険（健保・国保）を持っている場合は、高額医療等の制度も活用できます。病棟担当のMSWに相談をしましょう。
・日本の保険のない短期滞在者（旅行者等）の場合は、旅行保険/医療保険の有無、クレジットカード情報について急いで確認する必要があります。
　外国語対応：国際診療部（4433/4489/4483）
　日本語対応：医事課（5103）

患者が退院時の支払額を知りたがっている

・退院前日までに入院費用の概算の説明をクラーク等が行います（HP記載説明事項）
★土日に退院の場合は急いで国際診療部にご連絡ください、平日のうちに担当者が算定できないと患者さんが会計できず、かかった医療費が未収になるリスクがあります。オーダーは早めに入力をお願いします。

患者が英文診断書、飛行機搭乗許可証を希望

・英文診断書/診療情報提供書は主治医が作成します（費用 10,800 円）
★コストの取り忘れにご注意ください
・飛行機会社等に提出する英文資料がありましたら、国際診療部にお問い合わせください。

【緊急時】患者が母国の家族・保険会社等に連絡を希望

国際診療部のモバイルWiFiとタブレットを使えます。国際診療部へご連絡ください。

国際診療部　月～金　8：30～16：00　2016年11月

［評価項目］２ 患者サービス　［写真２］

（分かりやすいイラストが入った患者向け言語サポート案内）

［評価項目］２ 患者サービス　［写真３］

（院内環境の整備、患者の宗教・習慣の違いを考慮した対応）

（１階フロアの案内表示）

（病院内に設けられた祈祷室）

（祈祷室の洗い場）

（英語表記による入院時食物調査票）

NCGM

Food questionnaire at hospitalization

Patient ID:_____ Date:_____

Name of Patient (Print):_____

Name of Representative or Guardian (Print):_____

Relationship to the patient:_____

✦ Do you have any food allergy?

☐ Yes → Please give your doctor and nurse the details.

☐ No

✦ Please confirm whether or not you can eat the following items.

Items		Acceptable(o) / Not acceptable(×)
Alcohol		
Meat	Pork	
	Beef	
	Chicken	
	Others ( )	
Seafood	Fish	
	Shrimp	
	Crab	
	Shellfish	
	Others ( )	
Eggs		
Milk/Dairy		
Others	Vinegar	
	Soy source	
	Miso(=soybean paste)	
	Wheat Bread	
	Noodle	
	Artificial sweetener	
	Others ( )	

Reason you cannot eat above	☐Vegetarian
	☐Religion
	☐Daily custom
	☐Others ( )

（英語表記による「食品アレルギーについてのお伺い」）

NCGH

Food allergy questionnaire

To prepare proper meals during your hospitalization please check ALL foods in which you have an allergy.
If there is another food you cannot eat, please specify the items at the bottom.
Our meal does not always contain the following ingredients, but your nurse and nutritionist will pay attention to avoid the items you chose. Thank you for your cooperation.

+ The seven major allergenic foods which must be declared on any processed food according to the consumer affairs agency, Government of Japan:

☐Eggs ☐Milk/Dairy ☐Shrimps ☐Crabs/lobsters
☐Wheat ☐Soba(=buckwheat) ☐Peanuts

+ The twenty allergenic foods which are recommended to be declared on any processed food in Japan:

☐Beef
☐Pork
☐Chicken
☐Gelatin
☐Salmon
☐Mackerel
☐Squid
☐Ikura(=Salmon roe)
☐Awabi(=abalone)
☐Soybean
☐Yam
☐Matsutake(=Pine mushroom)
☐Walnut
☐Cashew nut
☐Sesame seed
☐Apple
☐Peach
☐Banana
☐Orange
☐Kiwi

+ Please list any additional food allergies. _____

+ I do not have any food allergy.

Patient ID:_____ Date:_____

Name of Patient (Print):_____

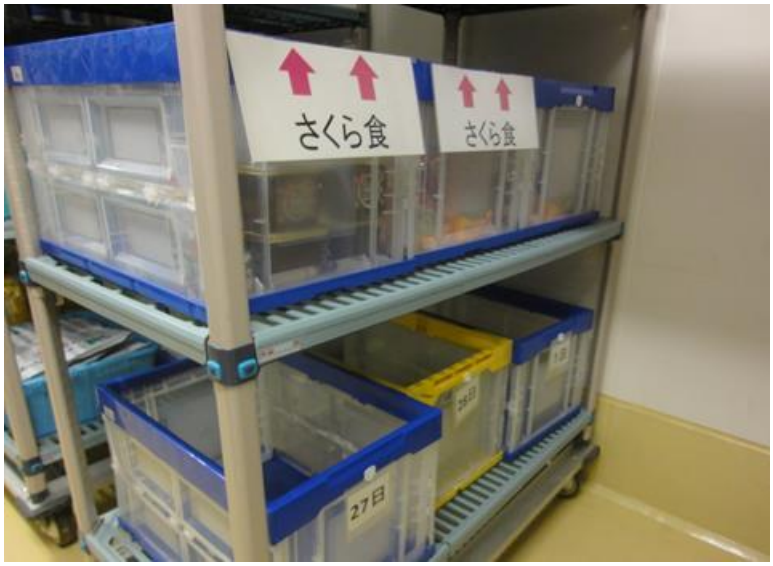
Name of Representative or Guardian (Print):_____

Relationship to the patient:_____

1507MAOK01

［評価項目］2 患者サービス　［写真４］

（分離管理した食材・調理器具で提供される「さくら食」）



（英語表記による入院案内書）

Your Hospital Stay

Thank you for choosing NCGM for your medical care. This book is designed to give you the information you may need about the hospital, your ward, the services we provide, and arrangements for going home. Please remember if you are worried or have any questions then speak to our staff. They are here to help.

1. Admission

For a quick and efficient admission process, please attend to the following prior to your admission.

✔ Hospital Appointments

The appointment for your hospital stay will be made through your doctor. Your doctor will give you a pre-admission registration form to complete and forward on to the hospital.

Please visit the Admission Desk located on the hallway directed to the main lobby.

*In case of emergency hospital admission during nighttime (5:15pm to 8:30am) and weekends, please visit the After-hours Reception Desk located on the 1st floor.

✔Confirm Cost Coverage

Before coming to the hospital, contact your insurer to confirm exactly what costs will be covered.
If you are tourists, please contact insurance companies during the hospital stay.

✔Complete Admission Paperwork

You'll receive admission paperwork from our staff. Please ensure you complete the forms and return them us as soon as possible.

✔Admission

At the time of registration, our staff will verify your identification and will collect your personal information. We check your information each time you visit the hospital.

［評価項目］３ 医療提供の運営　【資料 14】

（英語表記による輸血の同意書）

English/英語

患者氏名 ：
患者 ID ：

Consent Form for Blood Transfusion

If you agree to have a blood transfusion, please sign below.

I have received a thorough explanation about blood transfusions and their risks by reading "Information about Blood Transfusions", and I understand the content. I have also confirmed the details described below in the "types and amount of scheduled blood transfusions". As a result, I agree to have a blood transfusion. (Even after you sign, you can withdraw your agreement at any time.) I also agree that my blood transfusion may be cancelled based on my doctor's decision, and that the details of my blood transfusion may be changed from those described below in the "types and amount of scheduled blood transfusion" based on my doctor's decision in case of a life-threatening emergency or if my doctor decides that a blood transfusion is necessary during my treatment.

■Types and amount of scheduled blood transfusion

1. Types: ☐My own blood ☐Red cell products ☐Platelet products ☐Fresh frozen plasma ☐Other (　　)
2. Amount:_____(ml)

Date of agreement (YYYY/MM/DD): _____ / _____ / _____

Patient's name : _____ **(print)**

Patient's signature : _____

Patient's address : _____

Representative's name : _____ **(print)**

Representative's signature : _____ **(relationship to patient:** _____ **)**

Representative's address : _____

If you refuse to have blood transfusion, please read the following statement. If you understand it, please sign below.

I have received an explanation of the necessity of a blood transfusion; however, I refuse to have a blood transfusion. I will not hold my doctor or hospital liable regarding the consequences of my decision.

Date of signature (YYYY/MM/DD): _____ / _____ / _____

Patient's name : _____ **(print)**

Patient's signature : _____

Patient's address : _____

Representative's name : _____ **(print)**

Representative's signature : _____ **(relationship to patient:** _____ **)**

Representative's address : _____

I provided the explanation about blood transfusion to the person who signed above.

Date of explanation (YYYY/MM/DD): ____ / ____ / ____ **Department:** _____

Attending doctor: _____ **Seal**

I confirm that the patient (or his/her representative) above has agreed or refused to have a blood transfusion by signing this document.

Date of confirmation (YYYY/MM/DD): ____ / ____ / ____ **Department:** _____

Attending doctor: _____ **Seal**

*If the patient is a minor who does not have the ability to agree, or cannot agree and sign because of a lack of consciousness or other medical condition, the signature in the "Representative" section above must be provided by a parent, guardian, responsible adult, or relative.

輸血療法に関する同意書 ： 2014 年3月初版

［評価項目］３ 医療提供の運営　［写真５］

（検査において、外国人患者に配慮した対応）

（多言語ツール　ー「息を吸って止めてください」）

（英語表記による服薬指導書）

内用薬＜用法・用量を守って使用してください＞

내복약<용법・용량을 지켜 사용해 주세요>
内服药（请务必按方规定的用量・用法使用）
Medicinas internas<seja por favor certo usar corretamente o medication no dosage e no método prescritos>
Internal medicines<please be sure to use the medication correctly in the prescribed dosage and method>

服用方法 약가 용방법 **服用药的方法** Como fazer exame da medicina. How to take the medicine.

1回	（錠	・カプセル	・包	・mL）を使用してください
1회	（알을	・캡슐	・봉	・mL）복용 해주세요
1次	（片	・胶囊	・包	・mL）服用
1vez	（comprimido(s)	・cápsulas	・pacotinho(s)	・mL）para cada dose
1dose	（tablets	・capsules	・packs	・mL）for each dose

1日 하루 1天 faça exame da medicina take the medicine ［　］ 回 服用してください 회 복용 해주세요 次 服用 épocas um dia imes a day ［　］ 日分 일분 日的量 dias days

- ☐ **朝** 아침 早 manhã(pequeno almoço) morning(breakfast)
- ☐ **昼** 점심 中 meio-dia(lunch) noon(lunch)
- ☐ **夕** 저녁 晚 noite(supper) evening(supper)
- ☐ **就寝前** 취침전 临睡前 antes de bedtime before bedtime
- ☐ **食前** 식사전 饭前 antes das refeições before meals
- ☐ **食直後** 식사직후 饭后即服 Logo após a refeição immediately after meals
- ☐ **食後30分** 식사후30분이내 饭后30分钟以内 dentro de 30min após às refeições within 30min after meals
- ☐ **食後2時間** 식사후2시간 饭后2小时 2hours após às refeições 2hours after meals

- ☐ **睡眠剤** 수면제 安眠药 pills dormindo sleeping pills
- ☐ **精神安定剤** 신경안정 镇定剂 tranquilizer (sedative) tranquilizer (sedative)
- ☐ **鎮痛剤** 진통제 止痛片 para a dor (analgesic) for pain (analgesic)
- ☐ **解熱剤** 해열제 解热剂 para a febre (antipirético) for fever (antipyretic)
- ☐ **感冒薬** 감기약 感冒药 medicina fria cold medicine
- ☐ **鎮咳去痰剤** 진해거담제 镇咳去痰剂 para anti o cough (medicina do cough) for anti cough (cough medicine)
- ☐ **気管支拡張剤** 기관지확장제 支气管扩张药 bronchodilator bronchodilator
- ☐ **喘息治療剤** 천식치료제 哮喘药 Remédio do asthma Asthma remedy
- ☐ **強心剤** 강심제 强心剂 cardiac (medicina do coração) cardiac (heart medicine)
- ☐ **降圧剤** 혈압내리는약 降压剂 anti hypertensive anti hypertensive
- ☐ **消化剤(胃薬)** 소화제 助消化药 digestive (medicina do estômago) digestive (stomach medicine)
- ☐ **胃酸分泌抑制薬** 위산을억제합니다 胃酸抑制药 medicina ácida gastric do controle (anti-ácido) gastric acid control medicine (antacid)
- ☐ **胃粘膜保護薬** 위의년막을보호합니다 胃粘膜保护药 medicina protetora da mucosa do estômago stomach mucosa protective medicine
- ☐ **制吐剤** 제토제 止吐药 droga antiemética antiemetic drug
- ☐ **整腸剤** 정장제 排气剂 antiflatulent antiflatulent
- ☐ **下痢止め** 설사약 止泻药 anti diarrheal (medicina do diarrhea) anti diarrheal (diarrhea medicine)
- ☐ **便秘薬** 변비약 通便药 laxative laxative
- ☐ **抗生物質** 항생물질 抗生素 antibióticos antibiotics
- ☐ **鎮痒薬(抗ヒ剤)** 가려움방지 止痒片（抗组织胺药） pare de itching stop itching
- ☐ **抗アレルギー剤** 항아레루기약 抗过敏药 agente antiallergy antiallergy agent
- ☐ **糖尿病用剤** 당뇨병약 糖尿病药 droga anti-diabética antidiabetic drug
- ☐ **ビタミン剤** 비타민제 维生素 vitamina vitamin

☐ **冷所保存** 서늘한곳에보관 需冷藏保存
Mantenha por favor a medicina em um lugar fresco(em um refrigerador)
Please keep the medicine in a cool place(in a Refrigerator)

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
National Center for Global Health and Medicine
http://www.ncgm.go.jp/

（英語表記による薬剤情報提供書）

Kusuri-no-Shiori

Internal

Published: 10/2016

The information on this sheet is based on approvals granted by the Japanese regulatory authority. Approval details may vary by country. Medicines have adverse reactions (risks) as well as efficacies (benefits). It is important to minimize adverse reactions and maximize efficacy. To obtain a better therapeutic response, patients should understand their medication and cooperate with the treatment.

Brand name :HARVONI Combination Tablets
Active ingredient:Ledipasvir
Sofosbuvir
Dosage form:orange colored, diamond-shaped tablet, major axis: 20 mm, minor axis: 10 mm, thickness: 6.6 mm
Print on wrapping:(face) ハーボニー配合錠GSI 798SGILEAD
(back) HARVONIハーボニー配合錠抗ウイルス剤1日1回1錠
(printed on the bottle) ハーボニー配合錠

Effects of this medicine

This medicine inhibits protein (NS5A replication complex and NS5B RNA polymerase) involved in hepatitis C virus replication and suppresses the proliferation of hepatitis C virus (antiviral effects).
It is usually used to treat chronic hepatitis C with or without compensated cirrhosis.

Before using this medicine, be sure to tell your doctor and pharmacist

- If you have previously experienced any allergic reactions (itch, rash, etc.) to any medicines.
  If you have renal dysfunction.
  If you have previously taken amiodarone which is antiarrhythmic agent.
  If you have ever diagnosed as Hepatitis B.
- If you are pregnant or breastfeeding.
- If you are taking any other medicinal products. (Some medicines may interact to enhance or diminish medicinal effects. Beware of over-the-counter medicines and dietary supplements as well as other prescription medicines.)

Dosing schedule (How to take this medicine)

- **Your dosing schedule prescribed by your doctor is ((to be written by a healthcare professional))**
- In general, for adults, take 1 tablet at a time, once a day for 12 weeks. Strictly follow the instructions.
- If you miss a dose, take the missed dose as soon as possible. However, if it is almost time for the next dose, skip the missed dose and continue your regular dosing schedule. You should never take two doses at one time.
- If you accidentally take more than your prescribed dose, consult with your doctor or pharmacist.
- Do not stop taking this medicine unless your doctor instructs you to do so.

Precautions while taking this medicine

- Avoid taking any food containing St. John's wort, as it may decrease the blood level of this medicine and diminish medicinal effects.
- If you take this medicine in combination with amiodarone which is antiarrhythmic agent, it may cause an arrhythmia including bradycardia. Receive an adequate explanation for full understanding.

Possible adverse reactions to this medicine

The most commonly reported adverse reactions include itch, nausea and stomatitis. If any of these symptoms occur, consult with your doctor or pharmacist.

The symptoms described below are rarely seen as initial symptoms of the adverse reactions indicated in brackets. If any of these symptoms occur, stop taking this medicine and see your doctor immediately.

- headache, dull headache, dizziness, stiff shoulder, palpitation [blood pressure rising]
- headache, nausea, vomiting, temporary conscious disorder, paralyzation on either side of the limbs, speech disorder [cerebrovascular disorder]

The above symptoms do not describe all the adverse reactions to this medicine. Consult with your doctor or pharmacist if you notice any symptoms of concern other than those listed above.

Storage conditions and other information

- Keep out of the reach of children. Store away from direct sunlight, heat and moisture.
- Discard the remainder. Do not store them.

For healthcare professional use only: Day Month Year

For further information, talk to your doctor or pharmacist.

（退院時にかかりつけ医の情報提供）

Yamanote Clinic (Shinjuku Office)

Address : 5F Raiden Bldg., 2-45-1, Kabukicho, Shinjuku-ku, Tokyo
〒160-0021

Telephone : 03-3204-8400
Language : English, Chinese, Korean

Doctor : Male
Services : Urology, Venereal disease(Sexually Transmitted Disease etc)
Rapid test for HIV, Syphilis is available
Open : Mon.,-Sun. : 13:30~17:50, 18:30~22:30
Closed : It changes depends on month, please give us a call before you come to the clinic.

Access : Shinjuku station JR, Metro Marunouchi line, Odakyu, Keio line 7 min.walk
Seibu shinjuku Seibu Shinjuku line 2 min. walk
Shinjuku Nishiguchi Oedo line 5 min. walk

The reception desk closes 30 min. before the consultation ends. Be sure to come while the reception desk is open.

［評価項目］ 1 受入れ対応　［写真１］

（「ユニバーサル外来」が導入された受付）

★総合案内で患者に本日の受診ナンバーを付与し、外来「A」あるいは「B」に振り分ける。

（受付部署のために用意された中国語の会話集①）

受付の流れ

受付≫ **我的名字是 ○○, 是受理员.**
私は受付担当の○○です。

您有保险证吗?
保険証はお持ちですか？

我可以复制一下吗?
あり→コピーをとらせていただきます。

您必须自己全额支付治疗费用.
なし→全額自費診療になります。

请填写问诊表和诊疗申请书
問診表と診療申込書の記載をお願いします。

这是今天的流程表，诊察结束为止请随身带好.
この紙が当日予定表になりますので、診察終了までなくさずにお持ち下さい。

这是您今天的.诊察受理号码
この番号があなたの受付番号になります。

请把这张预订表交给「A/B 受理员 ・放射线受理员・检查室」.
当日予定表を ○○〔(A・B)受付・レントゲン受付・検査室〕へ提出してください。

如果感觉不舒服请通知我们
もし気分が悪くなりましたらすぐに申し出てください。

现在人比较多，请稍等。
混み合っておりますのでもうしばらくお待ちください。

外来≫ **我可以看一下今天的流程表吗 ?.**
当日予定表を出してください。

请在 ○号问诊室附近等一下，叫到您的号码时再进去。
問診室○番の近くで受付番号が呼ばれるまでお待ち下さい。

您的号码在电子公告牌上显示以后请到 ○ 号诊察室前面等。
電光掲示板に受付番号が表示されましたら診察室○番の前でお待ち下さい。

（受付部署のために用意された中国語の会話集②）

我会带您去，请跟我来。.
ご案内しますので私と一緒に来てください。

您需要做 ○○检查.
(検査が出たら)○○の検査をします。

请看这张纸，上面会告诉您如何取药。.
(処方箋がでたら)(説明の紙を渡して)お薬のもらい方が書いてありますのでお読みください。

在　/　/　/的时候您能来医院吗?
次回○月○日○曜日○時にこれますか？

下次来的时候请带着这张纸到一楼复诊受理机那儿预约
(予約票を渡して)次回この予約票を持って1階の再診受付機で受付をお願いします。

请到一楼自动结算机处或者结算窗口处结帐。.
1階の自動精算機または会計窓口にてお支払をしてお帰りください。

会計≫ **我是会计 ○○,.**
私は会計の○○です。

您的费用是○○ 日元.
本日のお会計は○○円です。

您也可以使用信用卡.
クレジットカードもご利用いただけます。

请在这儿签字.
サインを書いてください。

这是找您的钱，○○日元.
おつりは○○円です。

这是收据.
こちらは領収書になります。

请慢走.
お大事になさって下さい。

（英語表記の診察申込書）

PATIENT REGISTRATION FORM
診療申込書

ID(　　)
日付　年　月　日

Name 氏名		Sex 性別	☐Male 口男　☐Female 口女
Date of birth (YYYY/MM/DD)	/　/　年月日	Age 年齢	years old 歳

Address or accommodation in Japan
Address in home country (for short-term visitors only) 住所または日本での滞在先

〒

Phone No. (Home) Phone No. (Mobile) 電話番号		Nationality 国籍	
Native language 母国語		Occupation	
Other languages spoken 対応可能な言語		Special requirements for religious reasons 宗教上対応してもらいたいこと	

Emergency contact details 緊急連絡先

Name 氏名		Relationship 患者との関係	
Address 住所	〒		
Phone No. (Home) Phone No. (Mobile) 電話番号			

Type of health insurance 保険種類　*Please present your insurance ※保険証をお持ちの方は必ずご提示ください。

☐Japanese health insurance 口日本の保険

☐Overseas health insurance (name of insurance company:　) 口海外の保険

☐No 保険に加入していない

●Is this your first visit to this hospital/clinic? 当院で診療を受けたことがありますか？	☐Yes はじめて　☐No 前にきたことがある

Medical departments you would like to visit 希望診療科

☐ Plastic and Reconstructive Surgery 形成外科	☐ Obstetrics and Gynecology 産婦人科
☐ Neurosurgery 脳神経外科	☐ Otolaryngology 耳鼻咽喉科
☐ Cardiovascular Surgery 心臓血管外科	☐ Ophthalmology 眼　科
☐ Gastrointestinal Surgery 消化器外科	☐ Urology 泌尿器科
☐ Orthopaedic Surgery 整形外科	☐ Pediatrics 小児科
☐ Gastroenterology and Hepatology 消化器内科	☐ Palliative Medicine 緩和医療科
☐ Internal Medicine 内科	☐ Anesthesia 麻酔科
☐ Respiratory surgery 胸部呼吸器外科	☐ Cardiovascular Medicine 循環器内科
☐ Neurology 神経内科	☐ Rehabilitation Unit リハビリテーション科
☐ Dermatology 皮膚科	☐ Family Medicine 家庭医療科
☐ Other その他(　　)	

Thank you for your cooperation.
ご協力ありがとうございました。

（中国語表記の問診票）

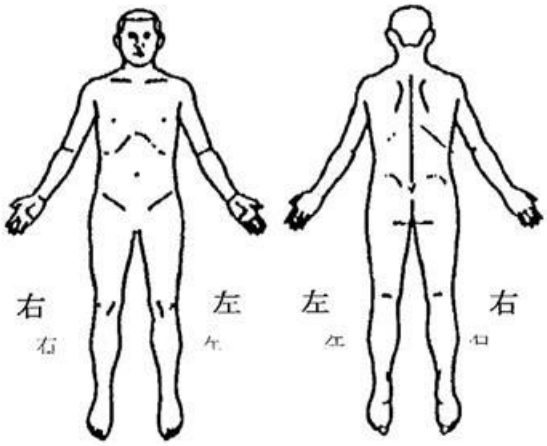
<外科问诊表>整形外科　問診票

诊察日期(年/月/日)
受診日(年/月/日)

最终就诊日期（年/月/日）
最終受診日(年/月/日)

ID　　出生日期(年/月/日)年/月/日

姓名　　身高：　　cm　体重 体重：　　kg



1.哪里不舒服?
どこが都合悪いですか。

2. 什么症状?
(疼痛,发麻,肿胀,其它.)
どのように(痛み・しびれ・はれ・その他)

3. 什么时候开始的？
怎么发生的?
いつ頃からですか。どうしてなりましたか。

4.有在其它医院就过诊吗?
医院名称(　　)　疾病名称(　　)
他の病院を受診しましたか(病院、病名)

5. 有对什么药物过敏吗?
□无　□有(　　)
くすりのアレルギーなどありませんか？

6. 至今为止有患过什么疾病吗?
高血压・糖尿病・心脏病・心脏起搏器・脑卒中・其它(　　)
これまでにかかった病気はありますか？高血圧・糖尿病・心臓病・ペースメーカー・脳卒中・その他

7. 有做过什么手术吗?
□无　□有(　　)
過去に手術を受けましたか

8. 女性患者:现在是否处于妊娠期?或者可能处于妊娠期?
□否　□是(　　个月)　□可能
女性の方、現在妊娠していますか。またその可能性がありますか。(妊娠　ケ月)

（中国語表記の検査用会話集）

一般撮影編

中 国 語

日本語	綴り	読み方
おはようございます。	早上好	ザオ・シャン・ハオ
こんにちは。	你　好	ニイ・ハオ
これから検査を始めます。	现在开始检查	シェン・ザイ・カイ・シ・ジャン・チャ
この服に着替えてください。	请换上这件衣服	チン・クワン・シャン・ジェイ・ジェン・イー・フ
シャツを脱いでください。	请脱下衬衣	チン・トゥ・シャー・チェン・イー
金属類はできる限り外して下さい。	身上尽量不要佩戴金属类	シェン・シャン・ジン・リャン・ブゥ・ヤオ・ペイ・タイ・ジン・シュウ・レイ
妊娠していますか？	你怀着孕吗?	ニー・ホワイ・ジャー・ユン・マ？
痛くないですか？	不疼吗?	ブゥ・タン・マ
痛いところはどこですか？	哪儿疼?	ナァル・タン
寒くないですか？	不冷吗?	ブゥ・ラン・マ
こちらに来て下さい。	请到这边来	チン・ダオ・ジェイ・ビエン・ライ
ここにあごを乗せて下さい。	把下巴放在这儿	バー・シャー・バ・ファン・フェイ・ジャー
仰向けになって下さい。	请仰（脸朝天）卧	チン・ヤン・ウァ（リエン・チャオ・ティエン）
うつ伏せになって下さい。	请俯（脸朝下）卧	チン・フゥ・ウァ（リエン・チャオ・シャー）

［評価項目］ 1 受入れ対応　【資料６】

（英語表記の概算費用報告書）

Dear ＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　room number ＿＿＿＿ 号室　For patient 患者用

News of the medical expenses approximation
概算額のお知らせ

This medical expenses approximation as follows. 今回の医療費用概算額は下記の通りです。
In addition, the approximation that we informed, please pay a bill after confirmation because it may be different from charged amount. 尚、お知らせした概算額は請求金額と異なる場合もありますので請求書をご確認のうえ、お支払い下さい。

term 期　間	approximation 概算額
～	yen円

About the cost of hospitalization, we ask to be expected to pay even trouble on the discharge day. When paying on the discharge day is difficult, please talk with a charge office worker. In addition, we confirm the health insurance card again on a discharge day. 入院費用につきましては、ご面倒でも退院当日にお支払い頂きますようお願い申し上げます。退院当日のお支払いが困難な場合は担当事務員にご相談下さい。また退院日に再度、保険証の確認をさせていただきます。ご提示をお願いします。

17, July, 2015
平成27年7月17日

Keiju General Hospital 恵寿総合病院
The person in charge;
担当：

［評価項目］ 2 患者サービス　［写真２］

（番号と色区分による案内表示）

［評価項目］3 医療提供の運営　【資料７】

（石川県薬剤師会が作成したツール）

（中国語表記の入院誓約書）

入院誓约书　入院誓約書

致惠寿综合医院院长　社会医療法人財団 蓋仙会 恵寿総合病院 病院長 殿

入院期间我将 この度の入院に際しては、下記事項を守りますことを誓約します。

1。遵守各项关于入院疗养的规则，听从医生，护士及其他职员的指示。若有违反，即使被勒令出院也无异议。

1. 入院療養に関する諸規則を守り、医師、看護師及びその他の職員の指示に従うとともに、万一、規則を遵守出来ない場合は退院を命じられても異議ありません。

2. 各种费用在规定日期内支付。

2. 諸費用は所定の期日までに支払います。

入院日期 入院月日	（　/　/　） （年/月/日）年　月　日	诞出日	（　/　/　） （年/月/日）年　月　日
患者姓名 患者氏名	印	出生日期 生年月日	（　/　/　） 年　月　日生　（　）岁 歳
住所 住所	〒　－		联系方式（电话） Home 自宅　-　- 手机号码 携帯　-　-

担保人（与患者住所不同，经济独立并有能力支付各项费用。请签字盖章）

連帯保証人（患者と別世帯の成年者で独立の生計を営み、諸費用を支払う能力のある方が直接記入押印して下さい。）

关于本入院患者花费的一切债务，我愿担保，并有支付责任

私は、本入院に基づき患者が負担する一切の債務につき、連帯して保証し、支払いの責任を持ちます。

住所 〒　－
住 所

姓名 印　岁　歳
氏名

与患者的关系
患者との続柄

固定号码（电话番号）　手机号码 携帯　-　-

工作地址及职业 勤務先および職業　电话号码 電話　-　-

监护人（患者为未成年人或者需要监护人的情况下填写）

親権者または後見人（患者が未成年若しくは後見人が必要な場合のみ記入して下さい。）

我作为监护人承诺本患者将遵守上述1和2的规定，同意入院

私は、親権者または後見人として上記1．2．を患者に遵守させることを約束し、入院に同意します。

〒　－
住所
住 所

姓名 印　岁　歳
氏名

与患者关系
患者との続柄

固定号码（电话番号）　手机号码 携帯　-　-

工作地址及职业 勤務先および職業　电话号码 電話　-　-

（入院やリハビリに生かすための患者情報の記入用紙）

先生 /女士资料用纸.　　さんへ②情報記入用紙

入院生活，康复训练是可参照本用纸。请您配合。本人或者家人家人均可填写本资料。

この用紙は、入院生活やリハビリを行う際の参考となります。お手数ですが、ご協力よろしくお願いいたします。ご記入は、ご本人またはご家族の方どなたでも結構です。

可以多选。项目によって複数選択可です。

填写后请教给本科室的护士。若有不明白的地方请向护士询问。

この用紙は病棟看護師にお渡し下さい。ご不明な点がございましたら、病棟看護師にお尋ね下さい。

关于进餐。食事方法について教えてください

１．您可以一个人进餐么?一人で食事が食べられますか。

□Yes　はい　　□No　いいえ

２．若选择不能，请问您平时是怎样进餐的?

いいえにチェックをつけた人はどのようにしていますか？

□家人在一旁看护　見守ってもらう　□一部分需要家人帮助　一部手伝ってもらう

□　全部需要家人帮助　□没有经口进食　食べていない

３．請填写一日三餐的内容．食事の内容について教えてください。

・主食　主食：□米饭　ご飯 □粥　お粥

□粥（米糊)お粥（裏ごし）

□面包　パン　□Others 其他（　　）

・副食　副食：□普通饭菜　常菜 □碎食きざみ □糊状　うらごし

・有无添加粘稠剂：　□无　なし　　□有　あり

・若有添加粘稠剂，请告知粘稠度トロミ使用有の方は固さを教えて下さい。

例如．轻度粘稠等　例：ポタージュ状など

（　　）

・其他　その他（　　）

［評価項目］１ 受入れ対応　　**［写真１］**

（同医療センターの受付カウンター）

（言語サポートの提供を知らせる総合案内）

（初診・再診受付コーナー）

（スペイン語表記による初診申込書）

Formulario de Solicitud para primera visita 初診申込書【スペイン語版】

Fecha日付: año年/ mes月/ día日

ID					-			-	

★Por favor, llene los datos necesarios y chequee ☑ en el departamento (s) que desea visitar.
太線内にご記入の上、受診希望科に○印を記入してください。

★Una vez haya llenado este formulario, entréguelo junto con su tarjeta de seguro de salud a la recepcionista del mostrador ② (Registro para Primera Visita)
ご記入後、保険証とこの用紙を②初診カウンターまでお持ちください。

★¿Tiene usted seguro de salud japonés? 保険証の有無: □Sí.有 □No.無

Furigana フリガナ			Sexo 性別	Fecha de nacimiento 生年月日	Edad 年齢	Nacionalidad 国籍
Nombre 氏名	Apellido 姓	Nombre 名前	□M男 / □F女	/ / año年 / mes月 / día日	año年 mes月	
				Las cuestiones religiosas o culturales etc. que le gustaría comentar.(宗教・文化,その他特記しておくべき事) Traducido por 翻訳者:		Lengua que usted habla 話せる言語
Furigana フリガナ			Teléfono 電話	□Casa 自宅 □Celular 携帯		
Dirección 現住所	(Código Postal 〒 -)			Contacto de emergencia 緊急連絡先		Necesita un traductor? 通訳 □ Sí./要 □ No./不要

★¿Tiene una carta de recomendación?紹介状の有無: □Sí.有 □No.無 ★¿De cuál hospital? 紹介元医療機関名:_____

	Clínica Interna 内科 01		Neumología 呼吸内 05		Cirugía Plástica 形成外 12		Obstetricia 産婦人 23		Cirugía Dental Oral 歯口外 81		
	Clínica General 総合内 53		Gastroenterología 消化内 06		Neurocirugía 脳神外 14		Oftalmología 眼科 26				
	Nefrología 腎臓内 51		Cardiología 循環内 08		Cirugía Respiratoria 呼器外 15		Otorrinolaringología 耳鼻咽 27		Papanicolau 子宮癌検		
	Hematología 血液内 52		Pediatría 小児科 09		Cirugía Cardiovascular 心血外 16		Radiología 放射線 30		Chequeo pediátrico 小児健診		
	Oncología de pulmón 肺腫内 39		Cirugía 外科 10		~~Dermatología~~ 皮膚科 ~~19~~		Anestesiología 麻酔科 31		Chequeo médico general 一般健診		
	Neurología 神経内 04		Ortopedia 整形外 11		Urología 泌尿器 20		Rehabilitación リハビリ 36				

※Si usted tiene "Certificado de Ancianos de Seguro de Salud", por favor, indíquenoslo también.
老人医療証などをお持ちの方は、申込みの際に保険証と併せて提出してください。

※ Los niños menores de Secundaria serán consultados (consultas de Clínica Interna) en el Departamento de Pediatría
中学生以下の方(内科受診)は、小児科の診察となります。

※Parto en la obstetricia se atiende solamente con cita. Dependiendo de la disponibilidad, hay casos que no se pueda hospitalizarse para el parto.
産科の分娩は予約制となっております。予約状況により当院の分娩が出来ない場合もございます。

Receipt no. 受付番号

［評価項目］１ 受入れ対応　［写真２］

（診療プロセスに沿って患者に付き添う医療通訳－乳児への予防接種の事例－）

①待合室での予防接種予診票の確認

②予防接種前の診察（奥は医療通訳）

③ ワクチンを（足から）接種

④ 接種後の諸注意と今後の接種スケジュール説明（左は医療通訳）

［評価項目］２ 患者サービス　［写真３］

（無料医療通訳サービス周知のための４か国語表記の掲示文書）

［評価項目］２ 患者サービス　［写真４］【資料２】

（英語表記の案内表示）

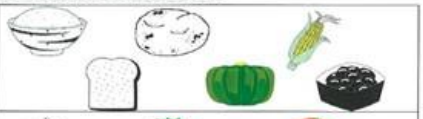
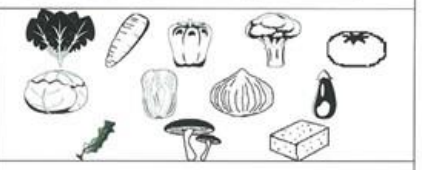
（英語表記の献立表（抜粋））

Regular Meal　February 2 ～ February 8, 2017

英語	Lunch	Supper A	Supper B
2/2 (Thu)	rice Stir-fried vegetables Sauted fried tofu w/ ginger Eggplant w/ miso dressing	rice Spanish mackerel w/ sweet soy glaze Simmered dried radish strips Cucumber seasoned w/ yukari Furikake (dried flakes)	rice Chicken tempura w/ black Simmered dried radish strips Cucumber seasoned w/ yukari Furikake (dried flakes)
	Energy 543kcal Salt 2.1g	Energy 556kcal Salt 2.6g	Energy 623kcal Salt 2.0g
2/3 (Fri)	rice #N/A Egg curd Braised lotus roots	rice Deep-fried chicken Simmered hijiki Spinach w/ mayonnaise	Shrimp rice pilaf Deep-fried chicken Egg soup
	Energy 564kcal Salt 2.1g	Energy 685kcal Salt 3.0g	Energy 624kcal Salt 4.1g
2/4 (Sat)	rice Ma po tofu String beans seasoned w/ Fruit punch	rice Grilled white fish w/ Stir-fried vegetables Seaweeds salad	rice Tandoori Chicken Braised vegetables Seaweeds salad
	Energy 574kcal Salt 2.4g	Energy 483kcal Salt 2.5g	Energy 479kcal Salt 2.3g

（ポルトガル語表記による栄養指導ツール）

Seis categorias de produtos alimentícios

Produtos com muito carboidrato	cat. 1	arroz, pão macarrão batata leguminosas de grão	
	cat. 2	fruta	
Produtos com muita proteina	cat. 3	peixe carne ovo produto feito de soja	
	cat. 4	leite lacticínio(iogurte) *menos queijo	
Produtos com muita gordura	cat. 5	óleo nozes(fruto de casca rija) alimento com muita gordura	
Produtos com muita vitamina / mineral / fibra	cat. 6	verdura alga marinha cogumelo inhame(Konhaku)	
Condimento		açucar kechup molho inglês / Misso molho de "curry-roux (barra de curry)"	

Dicas para fazer melhor refeição

① Se tomar produtos da categoria 1, 3, e 6 juntos sua refeição ficará mais balanceada.
② Quanto à quantidade do alimento básico (cat.1; arroz ou pão), procure tomar a quantidade determinada em cada refeição.
③ Quanto à quantidade de verduras por refeição (cat.6), procure tomar "duas mãos cheias se for cru", "uma mão cheia cozido".
④ Quanto à quantidade de fruta por dia (cat.2), procure tomar uma mão, tirando a casca é semente.
⑤ Quanto à quantidade de lacticínios por dia (cat.4), procure tomar um copo de leite.
⑥ Quanto ao óleo (cat.5), procure não utilizar muito.

［評価項目］3 医療提供の運営　【資料４】

（多言語表記による分娩クリニカルパス（抜粋））

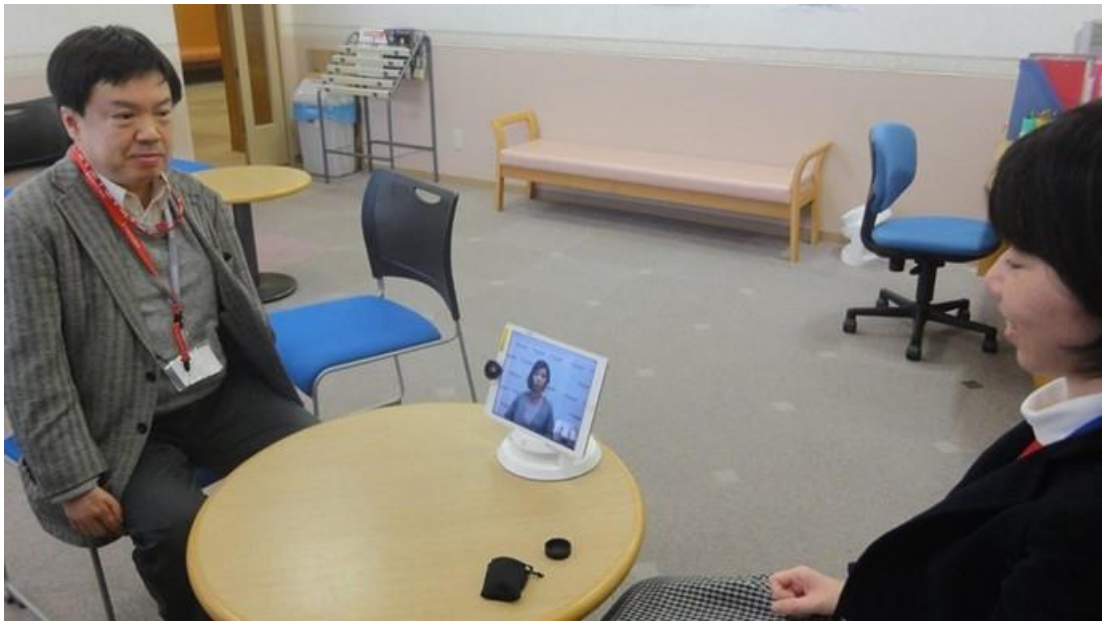
Vaginal Delivery Clinical Pathway 経膣分娩クリニカルパス　Ms._____

	month/day	/	/	/
		day of delivery	1st day after delivery	2nd day after delivery
MOTHER お母さん		6:00, after breakfast, after dinner	6:00, after breakfast, after dinner	after breakfast
	Body temperature: ・Please record the following information.	Temperature:___℃, ___℃, ___℃ *Write frequency the day before(12a.m. to 12p.m.) *Bowel movement: ___times *Urine: ___times Amount of meal intake: Breakfast: ___ Lunch: ___ Dinner : ___	Temperature:___℃, ___℃, ___℃ *Bowel movement: ___times *Urine: ___times Amount of meal intake: Breakfast: ___ Lunch: ___ Dinner : ___	Temperature:___℃ *Bowel movement:___times *Urine: ___times Amount of meal intake: Breakfast: ___ Lunch: ___ Dinner : ___
	Treatment			Oil massage
	Voiding/ Excretion	・3 hours after giving birth, you may walk to the bathroom. A nurse will have to attend your first walk, please do not walk alone.	・Try sitting on the toilet every 3 to 4 hrs until you feel the usual urge to urinate.	
	Meal	・Maternal meal		
	Rest	・After giving birth, rest in bed until you are allowed to walk. After having bed rest, you are free to move around. ・Breast feeding will be done in the nursery room until you start to *room-in with your baby. (Rooming in after birth means your baby stays in your roo ・24-hour rooming-in enables you to feed your baby on demand. Try to breastfeed your baby whenever he/she gives feeding cues.		
	Hygiene	・Within 2 hours after delivery, your sanitary napkins will be changed as often as necessary.	・Shower is allowed. From 9 a.m. to 4:45 p.m. (15 minutes/person, by booking only). You can find the booking list at the nurse station at around 8:00 in the morning. To book ・Frequent change of napkin for *lochia (*bleeding from uterus/womb after childbirth). ・Use bidet/squirt and disinfectant wipes to clean and disinfect the perineal area. Divide t	
	IV drip	If uterine contraction is good, I.V. drip will be pulled out.		
	Medication	・For pain relief : □Peltazon maximum dose: 4 tablets / day, at more than 6-hour intervals. You will be given 1 tablet when you are in pain. ・For constipation : □Magmitt 2 tablets / additional dose allowed.		
	Test			
	Health Instructions/ Guidance	・Massage your nipples to make them soft and protrude. ・If you notice blood clots in your vaginal discharge, notify the nurse immediately. 	・Massage your nipple before breastfeeding and help your baby latch deeply onto it. ・A nurse will check your breast condition every day. If you have any concerns, feel free t ・You may take the following post-partum classes: ① Bathing the baby : Mondays and Thursdays at 3:00 p.m. to 3:30 p.m. a ② Milk-preparation : Mondays and Thursdays at 3:30 p.m. to 4:00 p.m. a ③ Life after discharge Tuesdays and Fridays at 3:00 p.m. to 4:00 p.m. ④ Shape-up exercise: Wednesdays and Saturdays at 3:00 p.m. to 4:00 p.m.	
	Nursing goal	・Prevent infection and enhance uterine recovery. Try to rest your body as much as possible.	・Rooming-in and frequent breastfeeding enhances your body to produce more breast mi	
BABY 赤ちゃん	Treatment	・Right after birth, Cravit eye drop will be applied to baby's eyes to prevent inflammation. ・In 2 hours after birth, K2 syrup will be given to baby to prevent bleeding.		
	Hygiene	・After birth, baby will be cleaned (wipe blood, etc.) and dressed.	・Bathing for baby begins (on the 1st day and 4th day after birth).	
	Test & measurement	・Baby's physical examination. Body size, temperature, heart rate, respiration and whole body observation.	・Check-up for newborn babies. ・Hearing test (optional, by application only, separately charged). ・Check-up for jaundice (everyday).	
	Others	・Kangaroo care (baby is placed skin-to-skin with mother) will be done depending on baby and your condition. ・Baby's picture will be taken. ・Baby's blood type test from the umbilical cord will be done. Baby's umbilical cord will be given to you.	・Bring the following application forms to the Newborns' Room. ・Congenital Metabolic Disorder Test Application form ・Hearing Test Application Form	
	Signature			

［評価項目］３ 医療提供の運営　［写真５］

（ナースステーションでの入院案内（左は医療通訳））

（タブレットを使用した遠隔通訳サービスのデモンストレーション）

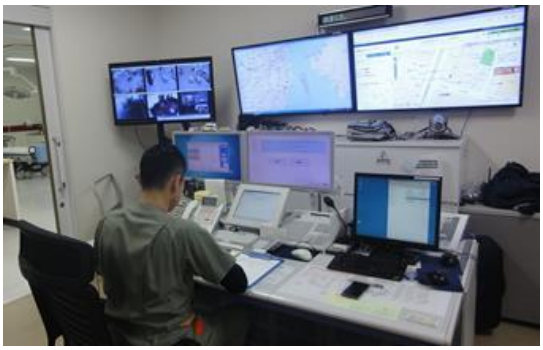


［病院の紹介］　［写真１］

（民間医療用ヘリ、ドクターカー、ＤＭＡＴカーを配置し、24 時間 365 日救急連絡を受付）

（フロートが無いため、高速で飛行できる）

（待機するヘリの操縦者）



（24 時間救急相談ダイヤル）

［病院の紹介］　［写真２］

（ハイブリットＥＲ［自走式ＣＴ・血管撮影装置・手術台］と回復病棟での専門職によるリハビリ）

［評価項目］ 1 受入れ対応 **【資料１】**

（中国語（抜粋）・英語表記の病院案内）

1
RYOKUSENKAI

米 盛 医 院

一秒之差，就可能挽救一条生命。

在南北长600千米广阔的鹿儿岛，
医疗工作经常面临急救这个棘手的难题。
没有条件，创造条件也要上。挽救生命是每一个科室的责任。

Yonemori Hospital

Emergency Unit

General Surgery | Neurosurgery | Cardiology | Respiratory Medicine | Radiology

Equipped with a hybrid ER, this is the new frontier of emergency medical care.

As of 2014, the Red Wing is Japan's fastest and furthest-traveling medical helicopter. Privately owned, it isn't bound to a single political municipality, and is capable of providing medical care prior to arrival at a hospital. Our facilities include a storage room and fueling facilities for the helicopter; helicopters besides the Red Wing can also land here. Rapid Response Car and Rapid Response Bike are also units for prompt first-response to all the scenes of medical emergencies.

Kagoshima Prefecture MD Helicopter Supplementation Emergency Hospital Transport Pact

Yonemori Hospital has formed the Kagoshima Prefecture MD Helicopter Supplementation Emergency Hospital Transport Pact with Kagoshima Prefecture. Our hospital' s private medical helicopter Red Wing will act as the official Kagoshima Prefecture MD Helicopter when requested by the Fire Department in the case of when there are multiple emergencies or when there are numerous sick or injured persons.

Appointed Hospital of the Kagoshima Disaster Medical Assistance Team (Kagoshima DMAT)

Yonemori Hospital was designated as an Appointed Hospital of the Kagoshima Disaster Medical Assistance Team in October of 2015.

Appointed Core Disaster Medical Hospital of Kagoshima Prefecture (Regional Disaster Medical Center)

Yonemori Hospital was designated as a Core Disaster Medical Hospital of Kagoshima Prefecture by the Regional Disaster Medical Center in April of 2016.

（英語表記の初診受付票）

Application form

※I let you understand Personal Information Protection Law, and please give me the upper entry on which it has agreed.

Date	Date Month Year	Time	Morning ・ Afternoon :
Name		Date of birth	(Male ・ Female) (age:)
For patients other than Japanese nationality. Please fill in nationality, a native language, and other languages you can use.		Nationality	Native language
		Other languages	

■Address　Phone number ( ) -

cellphone number ( ) -

※Emergency contact

Family name( ) Relationship( ) Phone number ( ) -

The direction of a place of work ( ) Phone number ( ) -

■medical insurance

☐ Social insurance　☐Industrial accident　☐ Own expense (It is individual coverage the total amount.)

☐ National insurance　☐ Traffic accident　☐ Others (The doctor's fee concluded in the medical examination contract)

＊Thank you. After entry abandonment-processing does with individual protection law.

（英語表記の問診票）

Medical Examination Interview Sheet (New Patient)

Number (　　)　　Date: ＿＿＿＿＿＿＿＿
Year　Month　Day

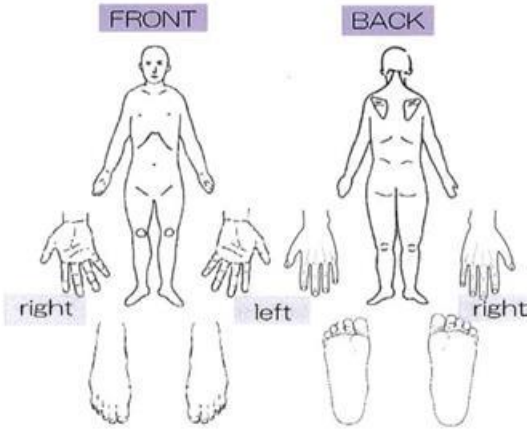
※ Please fill in this form after reading and fully comprehending our Patient Privacy Policy.

Name ＿＿＿＿＿＿＿＿　☐ Male ☐ Female　Age: ＿＿＿

① Questions regarding symptoms

● How long have you been experiencing these symptoms?
Since (　　/　　/　　)
(Year / Month / Day)

● What part(s) of your body is being effected?
Circle the effected area(s) in the picture below.
(　　)



● How severe are the symptoms?
☐ Very slight ☐ Mild
☐ Moderate ☐ Severe

● When do you typically experience these symptoms?
☐ When resting
☐ When moving
☐ When pushing on the effected area
☐ When walking (about　m) (about　minutes)
☐ At night
☐ Other (　　)

● What type of symptoms are you experiencing?
☐ Pain ☐ Numbness ☐ Abnormal sensation ☐ Injury
☐ Swelling ☐ Other (　　)

● What is the cause of your symptoms?
☐ Traffic accident ☐ Other
☐ Sports (　　) ☐ No Idea
☐ Accident at work

● Have you received treatment for these symptoms before?
☐ No ☐ Yes
If yes, please provide details below.
Hospital (　　)　Treatment (　　)

● How did your symptoms change after receiving treatment?
☐ Became better ☐ Became worse
☐ No change ☐ Other (　　)

● Have you ever been hospitalized or received treatment for any unrelated injuries or illnesses?
☐ No ☐ Yes
If yes, please provide details below (hospital where you received treatment, type of treatment, etc.).
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿

● Have you ever had a blood transfusion?
☐ No ☐ Yes

※continues on the reverse

（英語表記の診療費の事前概算書）

The approximate cost to treat Osteoarthritis of the hip for 14 days in hospital

Name :

Diagnostic : Osteoarthritis of the (right/left) hip

Medical treatment: Hip replacement arthroplasty

Hospital care for 14 days	料 金	Charge
Basic charge	90,690 円	USD
Medication	10,050 円	USD
Injectioon	4,260 円	USD
Treatment	6,300 円	USD
Operation	1,887,435 円	USD
Examination	47,835 円	USD
X-ray	14,265 円	USD
Rehabilitation	257,400 円	USD
Hospitalization	437,235 円	USD
Hospital meal	30,720 円	USD
Room charge	245,700 円	USD
Total	3,031,890 円	USD

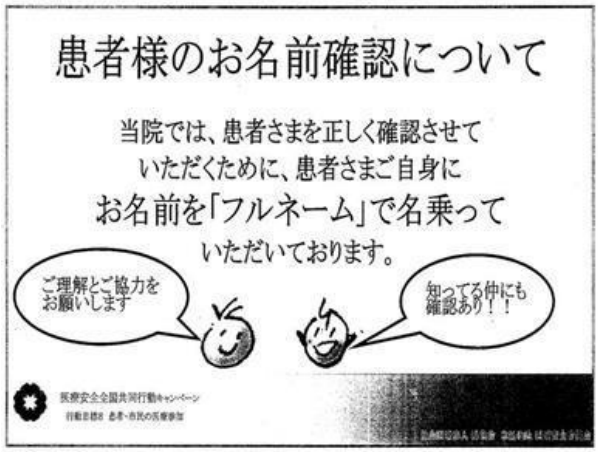
The approximate cost is set based on medical insurance system.
The examination and medical treatment could be different from the approximate cost to examine in accounrdance with the patient's situation.

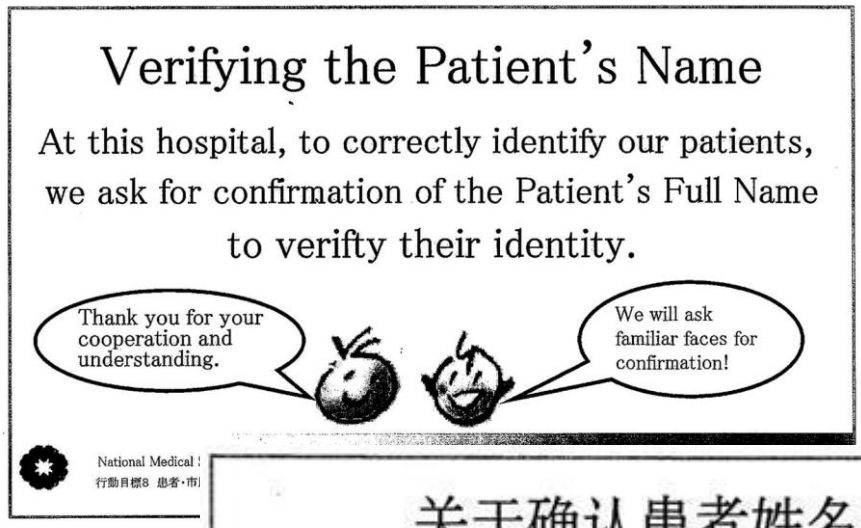
In addition, It could be different from the following subject.

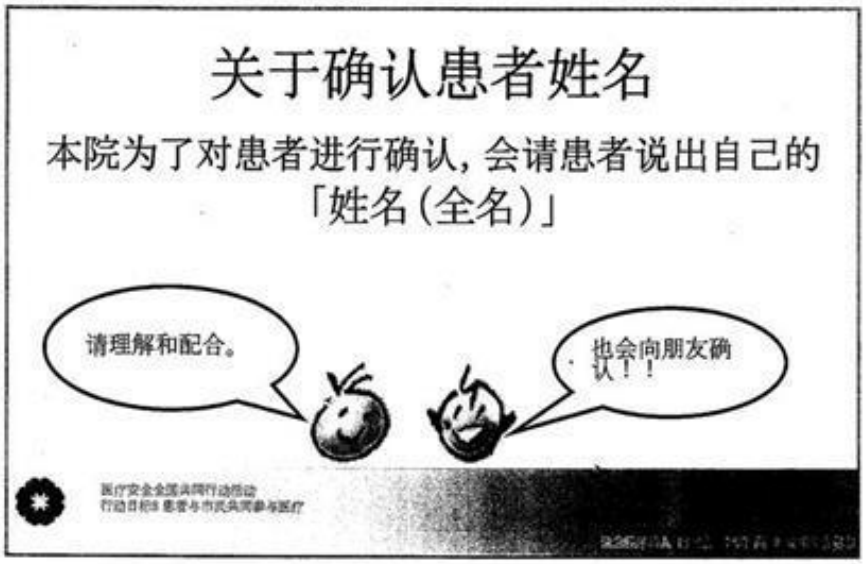
・If you have an Japanese insurance certificate, the fee is changed according to Medical insurance system.
Please pay it before the medical examination.

・If you don't have it, you need to pay in full. The approximate cost is decided according to insurance certificate. After the medical examination, we hand a medical fee statement with your payment. ・If you conclude a medical contract in advance, please pay the fee are concluded before examination.

（英語・中国語表記の「お名前確認」文書）

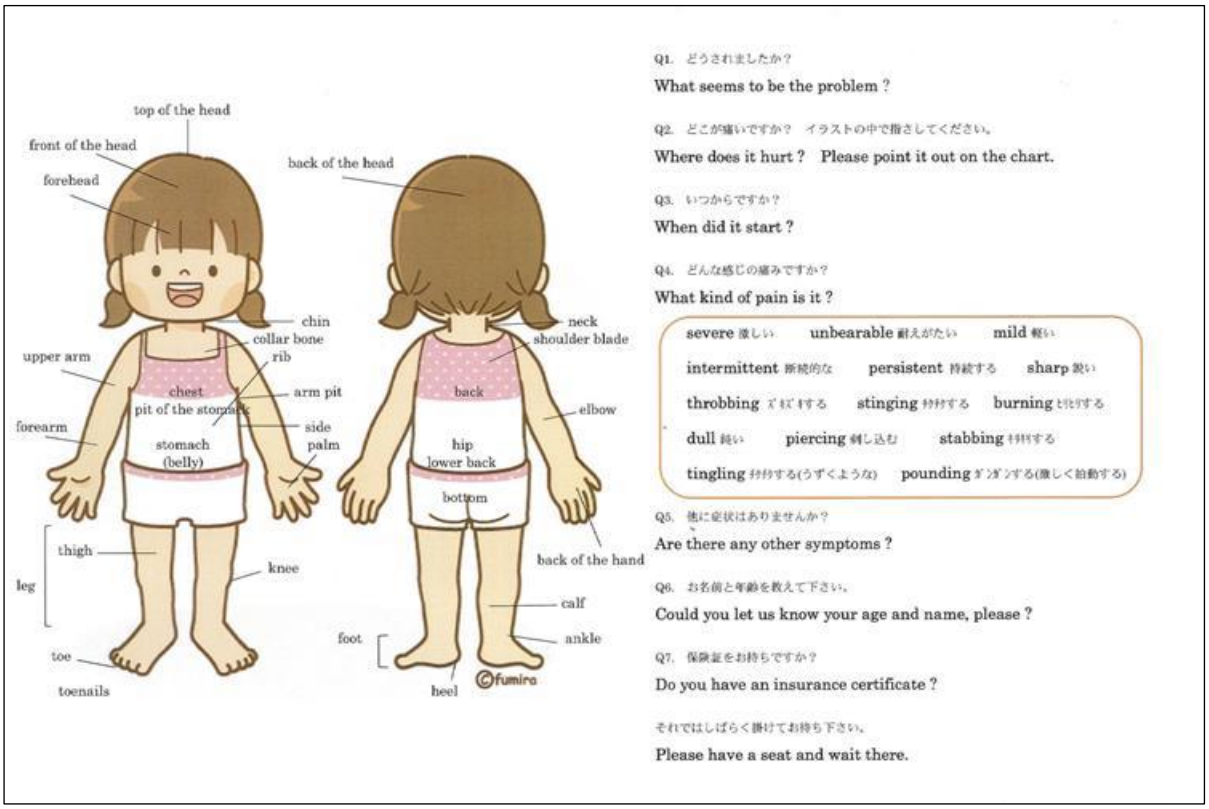






［評価項目］2 患者サービス　【資料６】

（受付部門で作成した英語の会話集：自主学習資料）



（中国語表記の洗濯機の利用案内）

Laundry Room 洗濯室

社会医疗法人 绿泉会 米盛医院

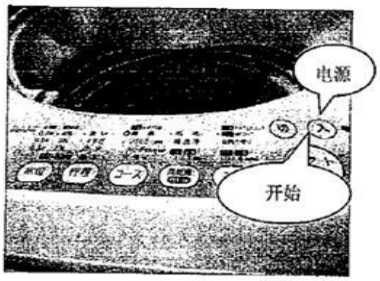
洗衣房使用指南

○ 每个病区的洗衣房设有投币式洗衣机和干燥机。
○ 使用时间为早 7：00 至晚 21：00。
○ 使用费为，洗衣机：200 日元/60 分钟，干燥机：100 日元/30 分钟。
请准备 100 日元硬币。
○ 请准备洗衣用洗涤剂。（可在一层便利店购买）
○ 对使用方法，洗涤剂的购买以及硬币的准备如有不明，请咨询本院职员。

洗衣机的使用方法

1. 向投币箱投入两枚 100 日元硬币。
2. 接通洗衣机电源。
3. 把要洗的物品以及洗涤剂放入洗衣机内。
4. 合好洗衣机盖，按开始键后，洗衣机工作开始。

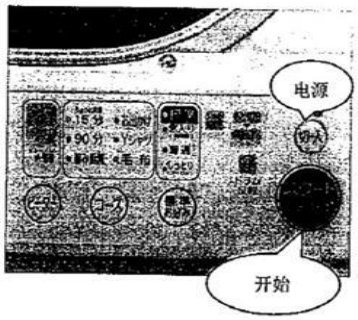
＊洗衣机只可使用标准洗涤方式。除此之外洗衣机会发生问题，请不要选择其它的洗涤方式。



干燥机的使用方法

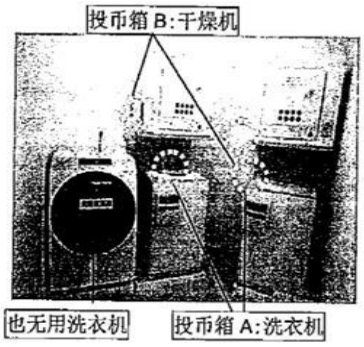
1. 向投币箱投入 100 日元的硬币。
2. 打开洗衣机电源。
3. 把需要洗物品放入干燥机。
4. 合好盖子后，按开始键干燥机以标准方式工作。

＊100 日元可使用 300 分钟，投入 200 日元可使用 60 分钟。



<注意事项>

＊洗衣机和干燥机有各自的投币箱。
＊发生问题时，请通知本院的员工。



（看護部で手づくりした会話集（韓国語））

오늘의담당간호사입니다
今日の担当の看護師です

덥 다
あつい

혈압을측정 합니다
血圧を測ります

춥 다
さむい

간호사호출입니다
ナースコールです

어 지 러 워 요
気分が悪いです

열을측정 합니다
熱を測ります

머 리 가 아 파 요
頭が痛いです。

（中国語会話集：自主学習資料）

＊ ひと言 中会話 ＊

こんにちは ・ こんばんは

你好 ・ 晚上好
ニー ハオ　ワン シャン ハオ

※ 你好は朝・昼・夜を問わずに使える便利な挨拶です！

その他は…
早上好 ザオ シャン ハオ おはよう
中午好 ジョンウー ハオ こんにちは ← ニュースを読むお姉さんが使う事が多いイメージ。

体調はどうですか？

身体怎么样？
シェン ティ ゼン マ ヤン　（どうですか？）

「身体」を使うと"体"限定してどうですか？と聞いてる感じになるので、感覚怎么样？（全体的に）どうですか？と聞いてもいいと思います。
ガン ジュエ

何か薬物アレルギーはありますか？

你有药物过敏吗？
ニー ヨウ ヤオ ウー グォ ミン マ　（過敏）

"过敏"＝アレルギー
なので食べ物のアレルギーは食物过敏になります。
シー ウー

ゆっくり休んでください。

好好休息吧！
ハオ ハオ シウ シ バ

★ 现在有正在服用的药吗？
シェン ザイ ヨウ ジェンザイ フーヨン ダ ヤオ マ
（今、服用している薬はありますか）

※ 言葉のニュアンスとしては、
早日康复 → 早く良くなるといいですね。
多多保重 → 体を大事に。
という様なかんじです。

また来ます！

我再来看你。
ウォー ザイ ライ カン ニー

お大事に

早日康复（早くよくなるといいですね）・多多保重（お体をお大事に）
ザオ リー カン フー　ドゥオー ドゥオ バオ ジョン

退院時に

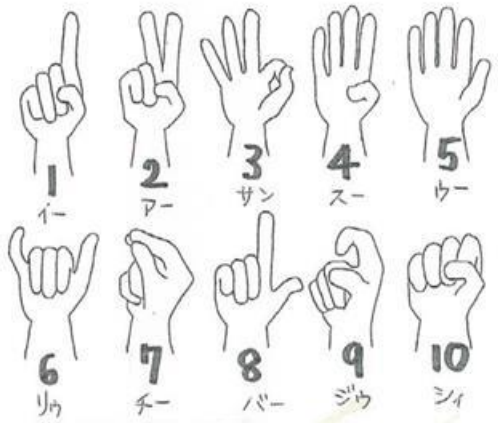
1日3回、1回1錠を服用してください。

英語でいう"Please"に当たります。
使わなくてもOKです。

1天3次，每次1片（请你）服用。
イー ティエン サン ツー　メイ ツー イー ピエン チン ニー フー ヨン

★数の数え方

（例）25だと… 2と10と5の組み合わせで、
アー シィ ウー
日本語の読みと考え方は一緒なので簡単です！



★これは○○です。

这是＿＿＿。
ジェ シー

英語でいうThis is に当たります。

（英語や中国語（手書き）表記の薬剤情報提供書など）

Nov 10, 2016

Name :

Department :　Age: 61 y.o.　Gender: Male

Rp. 5
■Brand Name... Magmitt (500mg/tablet)
■Active ingredients...magnesium oxide
■Category.....Antacids
■Dosage form / Instruction
tablet for internal use / 2 tablet, 3 times a day / after each meal

[KC15]
[identification code]

Rp. 6
■Brand Name... Colchicine (0.5mg/tablet)
■Active ingredients...colchicine
■Category.....Gout Suppressants
■Dosage form / Instruction
tablet for internal use / 1 tablet, twice a day / after breakfast and supper

[TTS592/TTS-5920. 5]
[identification code]

Rp. 7
■Brand Name... Diltiazem hydrochloride R (100mg/capsule)
■Active ingredients...diltiazem hydrochloride
■Category.....Vasodilators
■Dosage form / Instruction
extended-release capsule for internal use / 1 capsule, twice a day / after breakfast and supper

[ジルチアゼムR:SW-725100mg/SW-725100:
[identification code]

1/1

☆　様 のお薬の説明書です☆　67歳 6か月 男性

他の病院、診療所にかかるとき、または薬局でお薬をお求めになるときはこの用紙を見せて下さい。

ID No 187799　受付番号　指導日 2016年4月28日

1. アルクレイン内用液5%（濃緑）糖液剤

起床	朝	昼	夕	寝前
	20	20	20	

(毫升) mL

1日3回毎食前
1天3次 早饭 后 午饭 晚饭

薬の作用
胃の粘膜を保護したり、潰瘍部からの出血を抑えるお薬です。

注意事項
止血药。
保护胃和食管的粘膜，会做炎症溃疡的治疗。
请你冰箱里保存，使用前必须摇匀瓶盖可做量杯。

記号

2. ラビン錠50mg（淡黄～黄）

起床	朝	昼	夕	寝前
	1	1	1	

(片) 錠

1日3回毎食後
1天3次 早饭 后 午饭 晚饭

薬の作用
胃潰瘍、胃炎のお薬です。

注意事項
保护胃口粘膜，治疗胃炎或胃口里发生的肿瘤。

記号 Tu-LA50/TuLA-50

（英語表記の入院時必要書類）

Documents to submit when admitted to the hospital.
Fill in these forms before hospitalization and give them to the reception desk on the first day of hospitalization.

入院時必要書類

Required Documents for Hospitalization

Patient's Full Name
Mr. / Ms. _____

Document
Patient Registration Card, Proof of Health Insurance
Proof of Care Insurance
Physical Disability Certificate
Certificate of Deduction of Standard Share Payment Responsibility
Hospital Discharge Certificate (if admitted to another hospital within the past three months)
Explanation of Medical Condition, and Regarding Meetings
Hospital Admission Documents
Hospital Guidance Agreement
Bedside Service Usage Agreement
Responsibility for Articles Beyond Insurance Coverage, Usage Agreement
Precautionary Measures to Prevent Falling, Explanation and Agreement
Precautions for Individuals Visiting Yonemori Hospital

（英語表記のベッドからの転落防止などに関する説明・同意書）

Precautionary Measures to Prevent Falling Incidents, Explanation and Agreement

Life in the hospital is different from your everyday life at home, and there is a higher risk that you may fall down. Although you may believe that you can move or do something by yourself, due to illness or injury, or after surgery, you may have less strength and physical ability. You may believe that you can move without help but you may have difficulty.

If a patient falls, they are in danger of suffering from bone fractures or possible stroke that may lead to serious damage, delayed recovery, and have a significant effect on their return to everyday life and activities.

Our medical staff is doing the best they can to prevent patients from falling, but there is no 100% guarantee that we can prevent you from falling down. In order to provide the safest environment possible for your medical treatment, the patient and the family should discuss ways to prevent falling. We appreciate your cooperation and understanding.

We ask for your cooperation and understanding in the following matters:

1) Depending on the patient's condition, and in the situation that the patient cannot stop moving, we may have to use a sedative, or tie the patient to the bed unwillingly. When the patient is secured to the bed, the family will be required to sign a consent form.
(In order to protect the patient's human rights, we will avoid securing patients to the bed as much as possible.)

- Regardless of the measures taken, there is still a high possibility that the patient may fall. For the patient's safety, when it is necessary to secure the patient to the bed, the patient and the patient's family will be consulted as soon as possible, and the binding will also be removed as early as possible.
- In case of an emergency, please understand that we may need to secure the patient before notifying the family.

2) According to the patient's condition and when it is judged that the patient requires additional assistance from a member of their family, we may ask for the family's cooperation in securing the patient's safety.

3) The level of danger may vary depending on the patient's condition.

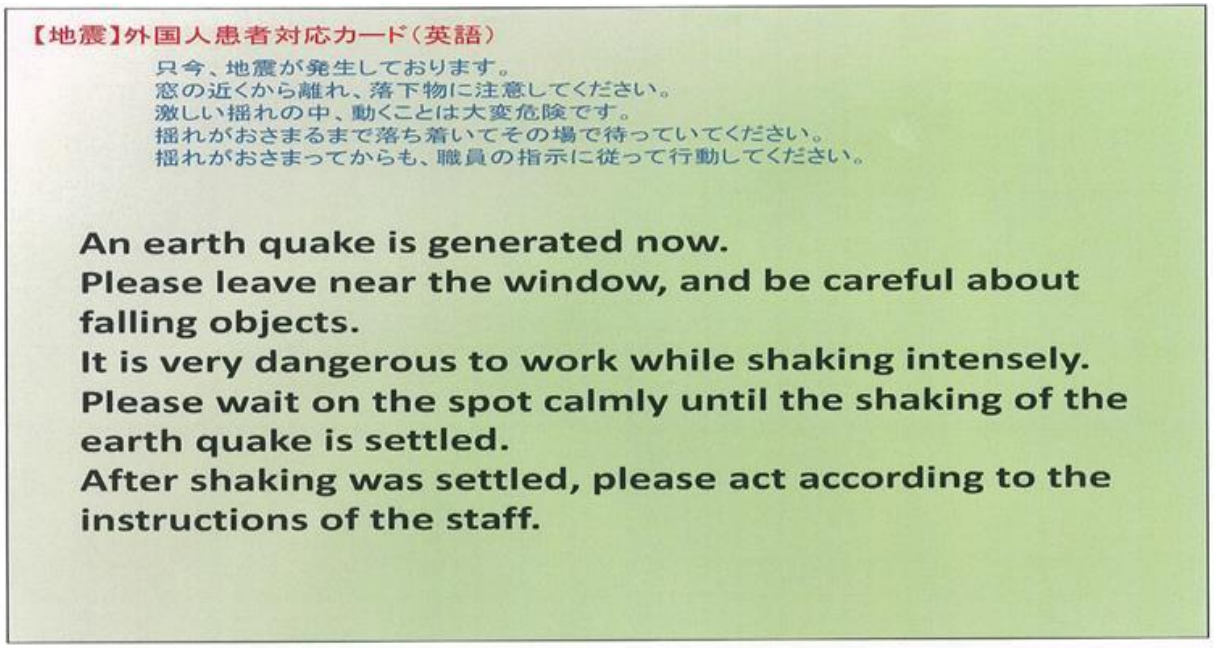
*See reverse for more information on the level of risk associated with falling accidents.

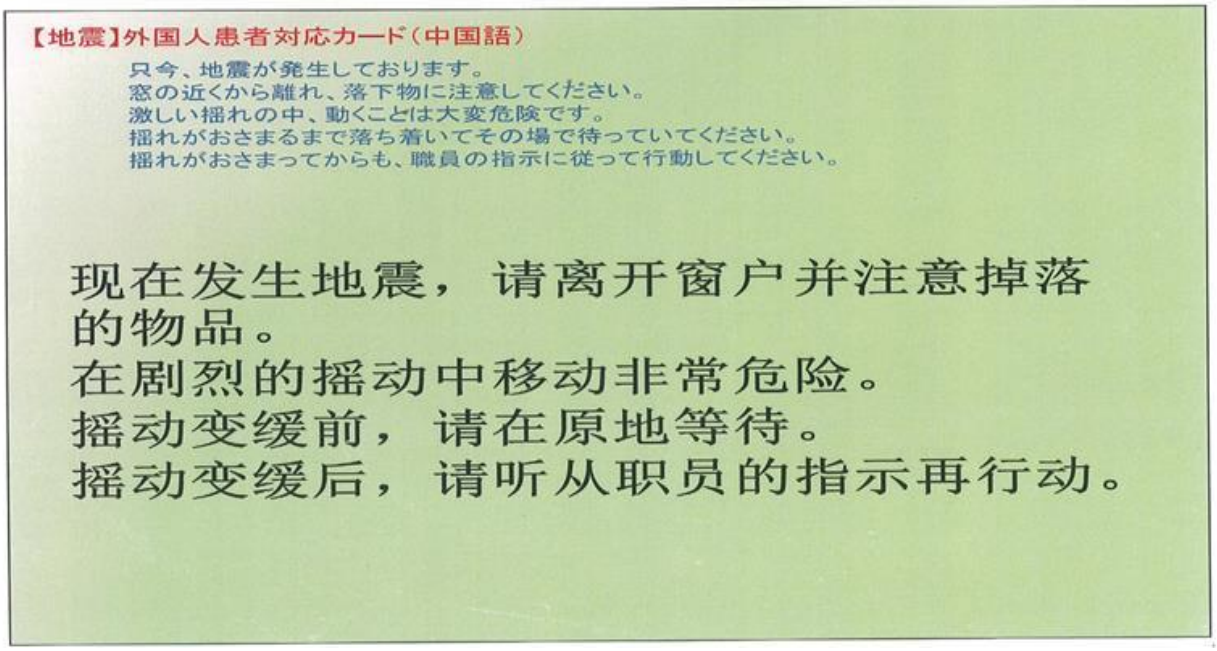
We received the explanation of the dangers of falling and agree to the conditions outlined above.

Year:　　Month:　　Day:

［評価項目］３ 医療提供の運営　【資料 13】

（英語・中国語表記の災害発生時の対応カード）





［評価項目］ 5 改善に向けた取り組み　【資料 14】

（病院体験ツアーの流れと使用された模擬カードなど）

受診シミュレーション

①	診療科を確認する	病院正面玄関横の看板を確認	
②	受付	在留カード	提出
		健康保険証	
		初診申込書（言語別）	配布
		問診票（言語別）	
	初診申込書・問診票の記入		
		初診申込書	提出
		待ち時間	
		在留カード	返却
		健康保険証	
		診察券	
		受付票	配布
		外来基本カード	
③	外来受付	問診票	提出
		外来基本カード	
		待ち時間	
	問診・診察	問診票	返却
		外来基本カード	
④	放射線科受付	問診票	提出
		外来基本カード	
		待ち時間	
	レントゲン	問診票	
		外来基本カード	
⑤	外来受付	問診票	
		外来基本カード	
		待ち時間	
	診察	問診票	
		外来基本カード	
⑥	会計	診察券	
		受付票	
		問診票	
		外来基本カード	
		待ち時間	
		診察券	
		明細書・領収書兼請求書	
		処方せん	

最後に回収したサンプル資料をまとめて

病院→患者
患者→病院

資料一覧
在留カード
健康保険証
診察券
外来基本カード
受付票
問診票
初診申込書
明細書・領収書
処方箋

在留カード　OOOOOOOOO

氏名：米盛病院

生年月日　性別　国籍

住所：鹿児島市与次郎１丁目７−１

資格

有効期限：2015.11.21～2015.11.21

2015.11.21 多文化共生地域づくり事業　病院体験ツアー

健康保険証　0000

2015 年 11 月 21 日交付

番号：00000000　記号 000

氏名：

取得年月日：　性別：

保険者番号：

保険者名称：米盛病院

保険者所在地：鹿児島市与次郎１丁目７−１

多文化共生地域づくり事業
病院体験ツアー
～行ってみよう！知ってみよう！日本の病院～