

OUTPATIENT REGISTRATION CONSENT FORM **新規外来患者登録同意書**

※英語（ローマ字）でご記入ください。

[ ] Date ..... (記入日)

**Patient information**

[ ] (名) (氏) (氏)  
MR / MRS / MISS. Name ..... Middle Name ..... Last Name.....

[ ] (男) (女)  
Date of Birth: Date.....(日) Month.....(月) Year.....(年) Age.....(歳) Gender  Male  Female

[ ] (未婚) (既婚) (別居) (離婚) (死別) [ ]  
Marital Status  Single  Married  Separated  Divorced  Widowed [ ]  
Passport No.....

[ ] [ ] [ ] [ ]  
Citizenship..... Religion..... Occupation..... Expatriate  Yes  No  
(はい) (いいえ)

[ ]  
Present Address (番地 小路) ..... Street(路).....

Sub-district (町 村) ..... District (区 郡) ..... Province / City (都 県).....

Zip code (郵便番号) ..... Country (国) ..... E-Mail .....

[ ] [ ] [ ]  
Home Tel..... Mobile Tel ..... Office Tel / Fax No.....

[ ]  
Permanent address (Specify).....

[ ]

**Person to be notified in the case of an emergency**

[ ] [ ]  
Name..... Relationship to patient .....

(同上の住所) [ ]  
Address same as above. Mobile Tel..... E-Mail .....

(下記の住所)  
Other Address ( Specify ) .....

[ ] (路)  
Present Address (番地 小路) ..... Street.....

(町 村) (区 郡) (都 県) (郵便番号)  
Sub-district..... District ..... Province / City..... Zip code.....

(国) [ ]  
Country..... Tel ..... E-Mail .....

[ ]

**Financial and insurance information**

(自己負担) (企業請求／契約がある場合のみ可) (保険会社へ請求／保険会社名)  
Self pay  Contract company .....  Insurance company .....

[ ]

I (Mr./Mrs./Miss)..... 氏名 ..... 年齢 ..... (歳)  
Age.....

As  the patient  
 representative (Mr./Mrs./Miss)..... 氏名 ..... 年齢 ..... (歳)  
Age.....

being the aforementioned patient's (続柄) ..... hereby gives consent  
and willingness to obtain health care services at The Samitivej Sukhumvit Hospital.

I also agree to have patient's photograph taken and used for medical record, identification purposes.

I have received and I fully understand the Patient's Rights Declaration.

I acknowledge that I am financially responsible for payments whether or not covered by insurance.

I have therefore placed my signature below to enable the medical team to provide the care and treatment.

.....  
( ..... )

(Signature of the patient / guardian / relative) (患者／保護者／親族の署名)  
Signature of Hospital witness (病院の担当者の署名)



**サミティヴェート病院スクムビット「新規外来患者登録同意書」ご記入上の注意事項**

記入言語

- ・ 署名を除いてすべて英語でお願いします。
- ・ 署名はパスポートと同一の署名を記入してください。

身分証明書(パスポート)

- ・ パスポートのコピーを本同意書と併せてご提出下さい。

配偶者、婚姻関係

- ・ 急な入院時や治療に関するご家族の方へのご相談、型肝炎、型肝炎など感染症に関するリスクなど様々な要因から必要な情報として伺っております。

宗教について

仏教:	神道:	キリスト教:
イスラム教:	なし:	

職業

会社員:	会社役員:
主婦:	自営業:
公務員:	学生:
アルバイト:	

住所

- ・ アパート、コンドミニアム名は部屋番号はご記入下さい。
- ・ 欄についてはタイの住所の表記方法に基づいています。スペースが狭くなっていますので、日本の住所を記入される場合は、項目にとらわれずご記入ください。

署名欄

- ・ 最下部の署名欄には、上段にパスポートと同一の署名、その下の( )内にはローマ字の活字体をご記入下さい。

患者様の権利

- ・ 日本人相談窓口に掲示されてあるものをご参照ください。
- ・ メールでこちらのフォームを記入される場合は添付ファイルをご確認下さい。

## 患者様の権利

すべての患者様は、タイ国憲法により定められた医療サービスを受ける基本的権利を有する。

患者様は医療従事者から、身分、人種、国籍、宗教、社会的地位、政党、性別、年齢、疾患により差別されることなく、医療サービスを受ける権利を有する。

医療サービスを受ける患者様は、その診療内容に同意し治療を受けるか否かを判断するために、医療従事者より十分に明確な説明を受ける権利を有する。緊急時もしくは生命に危険のある場合はこの限りではない。

生命に危険がある緊急時は、患者様自身が医療行為を望むかどうかに限らず、医療従事者によって直ちにその状態に必要な救急医療を受ける権利を有する。

患者様は担当する医療従事者の氏名、職種を知る権利を有する。

患者様はご自身の担当以外の医療従事者にセカンド・オピニオンを求める権利を有する。また患者様の要望により医療従事者や医療機関を変更する権利を有する。

患者様に関する情報は、医療従事者より厳格に保護される権利を有する。患者様から同意を得た場合、又は法律上必要な場合はこの限りではない。

患者様はその医療従事者の研究の被験者になるかどうかを決定するために、研究での役割や危険性について十分な情報を得る権利を有する。

患者様は入院診療記録に関する全ての情報を知る権利を有する。この権利を行使することにより、他の権利を侵してはならない。

父親、母親または正当な代理人は、 歳未満の子供または心身に障害があり自分で権利を行使することができない患者様に代わって、この権利を行使できる。

年 月 日 公布