

CONSENT FOR HOSPITAL ADMISSION 入院同意書 こちらはタイ語、英語同意書の内容を理解するために日本語訳したものです。実際の同意署名はタイ語または英語の書類をお願いします。

| Room Number 部屋番号 | Ward 病棟 | Type of Room 部屋種類 | Room Charge 部屋代 | Nursing Service Charge 看護費 | Room Service Charge ルームサービス料 | Admission management fee 入院管理費 |
|---------------------|------------|----------------------|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | |

**Not included the cost of food ※入院中の食費は別途かかります

Name 氏名 _____ Age 年齢 _____ 歳 Birth Date 生年月日 _____
 Occupation 職業 _____ Religion 宗教 _____
 Present Address 現住所 _____

Telephone 電話番号 _____

Person to be notified in case of emergency 緊急連絡先

Relationship to patient 続柄

Telephone 電話番号 _____

Sponsor's Name 支払い保証人氏名

Relationship to patient 続柄

Telephone 電話番号 _____

Method of payment お支払い方法

Self-pay 自己負担

Contract company 会社請求

Insurance company 保険請求

I authorize Samitivej Sukhumvit Hospital to disclose my medical information for insurance claim purpose. (if any)

私はサミティベート病院スクムビットが必要であれば保険請求の目的で私の医療情報を開示することを承認します。

Prior to admission, please present the following documents 入院の前に下記書類の提示をお願いします。

Copy of passport of patient / Legal Representative 患者または法的代理人のパスポート/身分証のコピー

Letter of guarantee 支払い保証書

Employee ID card 社員証

Insurance Card 保険証

・私は診断、治療、その他の選択肢、治療についてそれにかかる費用や支払いも含めた説明を十分に受け、ここに医師と医療チームが検査や治療を行うことに同意し希望します。私は説明を納得するまで質問する機会を十分に得ました。

・入院治療の確実度確保のため、入院中は外部から薬剤、医療用品・器具を持ち込めないことを私は理解しています。

・私は部屋代、ルームサービス料、看護費、入院管理費、その他の費用について説明を受けました。また、3日毎に中間精算が必要であることを承諾し理解しました。上述の料金は入院手続き時から起算し24時間以内に提供されたサービスが対象です。

・医師が短期入院（6時間以内）を指示した場合、私は所定時間内に退院することに同意します。6時間を超えた場合は1日分の料金が適用されます。

・私は保険適用の可否に関わらず、支払いについて私に責任があることを承知しています。

・出産入院の患者さん：母子同室をしても新生児に対して新生児室の料金が請求されることを理解し同意します。

・私が意識不明の場合、証人として私の代理人（法的保護者または配偶者）が責任を負います。

・私は患者の権利について十分に理解しています。

患者（保護者・法定後見人）署名 _____

支払い保証人署名 _____

患者側立会人署名 _____

病院側立会人署名 _____