

健康保険資格を有していない方へ

(For those who do not have health insurance)

1) 自費診療となり、通常の保険診療の 300% (1 点×30 円) をいただきます。

(The treatment will be self-pay, and you will be charged 300% of the normal insurance treatment fee).

2) 通訳の方を、必ず同席お願いします。

(Please be sure to have an interpreter present.)

3) 診療明細書は発行されません。

(A medical statement will not be issued)

4) 上記 1) ～ 3) に同意の上、同意書にサインをお願いします。

(Please agree to ①, ② and ③ in advance and sign the consent form before the procedure.)

上記 4 点に、ご了承いただける場合のみ、診療します。

(We will only treat you if you agree to the above four points.)

同意書 (consent form)

病院長殿/To the director of the hospital

/ / (Year/Month/Day)/同意年月日

Patient/同意者 (in person/本人) : (Signature/署名)

(Legal representative/代諾者) : (Signature/署名)

Relationship with the patient/患者との関係 :

*When the patient cannot sign by him/herself or he/she is a minor, their legal guardian or representative should sign above. /※本人が署名できない場合、未成年の場合には、保護者又は代理人に署名をお願いします。

After both parties have signed this consent document, one copy will be given to the patient, and the original will be kept by hospital./患者様署名後にコピーを 1 部取り、コピーを患者様へお渡しします。原本は病院保管

西眼科病院/Nishi Eye Hospital