

診療申込書

Assinale a especialidade que você deseja consultar.
(受診希望の診療科)

<input type="checkbox"/> Clínica Geral (内科) <input type="checkbox"/> Neurologia (神経内科) <input type="checkbox"/> Psiquiatria (精神科) <input type="checkbox"/> Pediatria (小児科) <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral (外科) <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica (形成外科) <input type="checkbox"/> Neurocirurgia (脳神経外科) <input type="checkbox"/> Ortopedia (整形外科) <input type="checkbox"/> Medicina de Reabilitação (リハビリ科) <input type="checkbox"/> Dermatologia (皮膚科)	<input type="checkbox"/> Urologia (泌尿器科) <input type="checkbox"/> Transplante de Órgãos (臓器移植科) <input type="checkbox"/> Ginecologia e Obstetrícia (産婦人科) <input type="checkbox"/> Oftalmologia (眼科) <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia (耳鼻咽喉科) <input type="checkbox"/> Radiologia (放射線科) <input type="checkbox"/> Anestesiologia (麻酔科) <input type="checkbox"/> Medicina Paliativa (緩和医療科) <input type="checkbox"/> Oncologia Clínica (臨床腫瘍科) <input type="checkbox"/> Cirurgia Bucomaxilofacial (歯科口腔外科)
---	---

Em Katakana (フリガナ)			Sexo (性別)	<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女
Nome Completo (氏名)	Sobrenome(氏)	Nome(名)	Língua Materna (母国語)	
Data de Nascimento (生年月日)	Ano(年):	Mês(月):	Dia(日):	Nacionalidade(国籍)
Endereço (住所)	〒 — —			Religião (宗教)
電話番号 (1.自宅 2.携帯 3.緊急連絡先)				
1. Telefone Residencial	—	—		
2. Telefone Celular	—	—		
3. Contato em caso de emergência	—	—	Relação com o paciente(続柄)【 】	

Seguro de Saúde (HOKEN) (保険証)	Possui seguro de saúde do Japão? (日本の保険証を持っていますか?) <input type="checkbox"/> Sim (はい。持っています。) <input type="checkbox"/> Não (いいえ。持っていません。)
Forma de Encaminhamento (紹介方法)	Assinale com V o item correspondente à forma de entrada de hoje. (本日の受診で該当するものがある場合をVしてください。) <input type="checkbox"/> Com carta de encaminhamento (紹介状・診療情報提供書) <input type="checkbox"/> Com os resultados dos exames de rotina (健康診断等の結果票) <input type="checkbox"/> Transferido em ambulância (救急車来院) <input type="checkbox"/> Não aplicável (いずれにも該当しない)

◆ No nosso hospital, o consentimento informado será obrigatório a todos os pacientes submetidos a tratamentos e/ou exames invasivos abaixo citados.
 当院では以下の侵襲的な治療ないし検査には個別の同意書を頂きます。

Com o preenchimento deste formulário, o paciente autoriza a realização da (※1)prática clínica de rotina (exceto cirurgia, angiografia, tratamento endovascular, endoscopia, anestesia geral, anestesia raquidiana, anestesia peridural, sedação moderada e profunda, contenção, exames contrastados, uso de medicamentos anticancerígenos, etc.)
 「手術、血管撮影、血管内治療、内視鏡、全身麻酔、腰椎麻酔、脊髄硬膜外麻酔、中等度以上の鎮静、抑制、造影剤検査、抗がん剤使用等」を除く、通常の診療行為(※1)に関しては、この診療申込書の記載をもって、同意の代わりとさせていただきます。

(※1)Prática clínica de rotina: consulta médica, cuidados de enfermagem, administração de medicamentos, injeções, exames de imagens, coleta de sangue, coleta de urina, exames fisiológicos, exames bacteriológicos, reabilitação, orientação nutricional.
 通常の診療行為: 診察、看護、投薬、注射、画像検査、採血、採尿、生理学的検査、細菌検査、リハビリ訓練、栄養指導

◆ Para a primeira consulta, é cobrada uma taxa no valor de 7,700 ienes (com impostos) como Taxa de Primeira Consulta. (exceto aos pacientes com carta de encaminhamento.)
 初診にかかる費用として、選定療養費 ¥7,700 (税込)を徴収しております(紹介状持参・その他を除く)。

◆ Caso deseje utilizar os serviços de intérprete, leia os itens abaixo:
 通訳を希望される場合は、以下の注意点を御覧ください。

- O intérprete tem o dever de guardar sigilo, e a privacidade dos pacientes será preservada. Os dados pessoais fornecidos pelo paciente não serão utilizados para nenhum outro fim que não seja o do cumprimento dos serviços.
 通訳者には守秘義務があり、患者さんのプライバシーは保護されます。また患者情報は医療サービス提供以外の目的では使用されません。
- Em alguns casos, a interpretação pode não ser a mais adequada.
 通訳における表現が適切ではないことがあります。
- ◆ Não serão aceitas quaisquer solicitações de atendimento especial por motivo religioso.
 宗教上の依頼全てに対応できるとは限りません。
- ◆ Caso ocorra algum problema no atendimento médico, fica eleito o foro japonês para dirimir quaisquer questões, em conformidade com a lei japonesa.
 診療に置いて問題が生じた場合、日本の法律に従い日本国内の裁判所において対応させていただきます。

Estou ciente e concordo com os itens acima referidos, e solicito atendimento médico. 以上の内容に同意をし、診療を申し込みます。

Data 日付 _____	Assinatura 署名 _____
Caso o paciente seja menor de idade, coloque abaixo o nome do pai/mãe ou responsável legal. 患者が未成年の場合、親もしくは認められた保護者の名前を記入して下さい。	
Data 日付 _____	Assinatura 署名 _____