

保健行政のための 多言語行政文書集

第 1 版



2019年3月策定

(2019年4月修正)

平成30年度地域保健総合推進事業
グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および
開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索
(全国保健所長会グローバルヘルス研究班)
分担事業者：劔陽子（熊本県御船保健所）

保健所のグローバル化対応能力強化ワーキンググループ著
グループリーダー：矢野亮佑（青森県三戸地方保健所）

目次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・矢野亮佑・・・・・・ 1

多言語行政文書集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

【結核】

- ① 就業制限等通知書（本人）
- ② 就業制限等通知書（保護者）
- ③ 入院勧告書（19条）…応急入院
- ④ 入院勧告書（20条）
- ⑤ 入院延長について
- ⑥ 結核と診断されたら（第37条）
- ⑦ 入院勧告に基づく入院治療の医療費公費負担制度（第37条）
- ⑧ 結核と診断されたら（第37条2）
- ⑨ 一般の結核医療に対する公費負担制度（第37条2）
- ⑩ 入院負担義務者について
- ⑪ 接触者健診勧告書

日本語（翻訳元原本）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
インドネシア語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	21
ネパール語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	37
ベトナム語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	55

別添資料 結核についての問診票（A3 サイズ 日本語対英語）・・・・・・・・・・ 71

《ワーキンググループメンバー》

神楽岡 澄	新宿区総務部人材育成等担当課
村上 邦仁子	東京都多摩府中保健所
矢野 亮佑	青森県三戸地方保健所
渡邊 洋子	東京都多摩立川保健所

《はじめに》

近年、国際的な人の流れは日本でも急速に活発化してきています。訪日外国人数は、アジア諸国の経済成長、日本のビザ緩和、航空運賃の低価格化等により増加を続け、近年は毎年最高を記録し2017年は2,869万人（政府観光局）と過去10年間で3.4倍となり、政府は2020年までに4,000万人を目標に掲げています。在留外国人数も、少子高齢化による人材不足、留学生の受入促進等により増加を続け、2017年の外国人登録者数の256万人（法務省：在留外国人統計）は過去5年間で1.3倍となり、現在日本の総人口の2%に相当します。近年、毎年、在留外国人の増加数は日本人の減少数の半分に相当するまでに至っています。今後は、2019年4月の出入国管理及び難民認定法（入管法）改正に伴いますますます在留外国人の人口が増えることが見込まれます。

上記を踏まえ、平成28年度地域保健総合推進事業「グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索事業」（通称：全国保健所長会グローバルヘルス研究班）において「保健所における地域保健業務への国際化影響調査」を全国の保健所に対して行ったところ、グローバル化による影響や課題を経験した保健所は回答295ヶ所中64%に上り、所管人口が大きいほど経験した保健所の割合は高い傾向がありました。そして、経験事例の分野としては「結核」、課題となった要因は「言語」がそれぞれ最多で、外国人とのコミュニケーション方法や外国人に日本の法や制度の理解を得ることに苦労していることが明らかになりました。また、保健所が経験した症例の言語は31に上り、回答保健所数が多い順に中国語、タガログ語、英語、ベトナム語、ポルトガル語、ネパール語、韓国語、インドネシア語、スペイン語、タイ語、ヒンディー語、ビルマ語、クメール語、ロシア語と続けました。

そこで、当研究班では活動の1つとして、保健行政が発行する行政文書の多言語化を行うこととしました。愛知県が運営するウェブサイト『医療機関等外国人対応マニュアル』には、比較的平易な日本語の行政文書とそれを元に英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語・タガログ語・韓国語に翻訳した多言語行政文書が公開されています。当研究班では、愛知県の協力を頂き、愛知県の日本語行政文書を元に全国の他自治体でも使えるよう文章を調整し、それを元に順次、多言語に翻訳していくこととしました。第1版（平成30年度）においては、最も需要が高い結核において使用頻度が高い行政文書について、まだ全国の自治体においてほとんど翻訳されておらずかつ需要が高いベトナム語・ネパール語・インドネシア語について、翻訳することとしました。

外国人の保健医療へのアクセスを困難としている要因として、従来から言葉の不自由さ、文化や習慣の違い、経済的な不安定さ、社会的立場の不安定さ等が理由として指摘されています。それによって、外国人患者は、受診の遅れや診断の遅れ、治療の中断、ひいては疾病の重症化や死亡等につながるものが少なくありません。それは、とりわけ結核等、感染症において多数への感染にもつながり、公衆衛生の問題となります。たまたま日本語が通じにくいこと等を、保健所業務を遂行できない理由にしてはなりません。

本行政文書集には、当研究班著『保健行政窓口のための外国人対応のための手引き』と合わせて、外国人が担う役割がますます拡大する社会において、地域共生社会を構築するための一助に役立てればという想いも込められています。

《謝辞》

結核に係る行政文書の日本語例を提供して下さった愛知県多文化共生推進室、同ベトナム語とネパール語の翻訳例を提供して下さった「外国人に対する HIV 検査と医療サービスへのアクセス向上に関する研究班」(北島勉班)、行政文書の翻訳を引き受けて下さった一般社団法人全国医療通訳者協会に、この場を借りて改めて深く感謝を申し上げます。

多言語行政文書集

(日本語・インドネシア語・ネパール語・ベトナム語)

【結核】

- ① 就業制限等通知書（本人）
- ② 就業制限等通知書（保護者）
- ③ 入院勧告書（19条）…応急入院
- ④ 入院勧告書（20条）
- ⑤ 入院延長について
- ⑥ 結核と診断されたら（第37条）
- ⑦ 入院勧告に基づく入院治療の医療費公費負担制度(第37条)
- ⑧ 結核と診断されたら（第37条2）
- ⑨ 一般の結核医療に対する公費負担制度（第37条2）
- ⑩ 入院負担義務者について
- ⑪ 接触者健診勧告書

※以下の言語に関しては、愛知県が運営するウェブサイト
『医療機関等外国人対応マニュアル, Ⅲ保健所・保健センターマニュアル』23～33
をご参照ください (<http://www.aichi-iryuu-tsuyaku-system.com/manual/>)。

英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語・タガログ語・韓国語

日本語（翻訳元原本）

①

第 _____ 号
年 月 日

_____ 様

_____ 保健所長

就業制限等通知書

あなたは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)第6条に規定する結核に感染していることが判明しました。

つきましては、法第18条第2項の規定に基づき下記2のとおり就業制限されますので、注意してください。

この就業制限に違反した場合は、法第77条第4項の規定により50万円以下の罰金に処せられます。

なお、法第18条3項の規定により、あなたはこの就業制限の期間において、保健所長に対し、その対象者でなくなったことの確認を求めることができます。

1 病状

- (1) 症状 _____
咳、 痰、 発熱、 胸痛、 呼吸困難、 その他 (_____)、 なし
- (2) 診断方法 _____
- (3) 初診年月日 _____
- (4) 診断年月日 _____

2 就業制限の内容

- (1) 就業制限される業務
接客業その他の多数の者に接触する業務
- (2) 就業制限の期間
その病原体を保有しなくなるまで又はその症状が消失するまで

3 その他

- (1) 当該感染症の症状が消失したときは、保健所へ連絡してください。
- (2) この処分に不服がある場合は、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、 (都道府県) 知事に対して、審査請求をすることができます。
- (3) この処分について不服がある場合は、上記(2)の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、 (都道府県) を被告として(訴訟において (都道府県) を代表する者は (都道府県) 知事となります。)、この処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- (4) 上記(2)の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、 (都道府県) を被告として、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

担 当 : _____

②

保第 _____ 号

年 月 日

_____ の保護者様

_____ 保健所長

就業制限等通知書

あなたのお子様は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」という）第6条に規定する結核に感染していることが判明しました。

つきましては、医療機関に受診されますとともに、法第18条第2項の規定に基づき、感染症のまん延を防止するための制限がありますので、下記事項に注意してください。

記

1 病状

(5) 症状

_____ 咳、痰、発熱、胸痛、呼吸困難、その他（ _____ ）、なし

(6) 診断方法

(7) 初診年月日

(8) 診断年月日

2 制限の内容

- (1) あなたのお子様は、接客業その他多数の者に接触する業務はできませんので注意してください。
- (2) 制限の期間は、その病原体を保有しなくなるまで又はその症状が消失するまで。

3 その他

- (1) 当該感染症の症状が消失したときは、保健所へ連絡してください。
- (2) 法第18条第2項の規定に違反した場合は、法第77条第4号の規定により50万円以下の罰金に処されます。
- (3) 法第18条第3項の規定により保健所長に対し、その対象者でなくなったことの確認をもとめることができます。
- (4) この処分不服がある場合は、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、（都道府県） 知事に対して、審査請求をすることができます。
- (5) この処分について不服がある場合は、上記（4）の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、（都道府県） を被告として（訴訟において （都道府県） を代表する者は （都道府県） 知事となります。）、この処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- (6) 上記（4）の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、（都道府県） を被告として、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

担 当: _____

③

保第 _____ 号

年 月 日

_____ 様

_____ 保健所長

入院勧告書

あなたは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)第6条に規定する結核に感染していることが判明しました。

つきましては、法第19条第1項(法第26条で準用)の規定に基づき、下記のとおり入院を勧告します。

なお、この勧告に従わない場合は、法第19条第3項(法第26条で準用)の規定に基づき入院の措置を実施することがあります。

1 入院する医療機関

- (1) 名称
- (2) 所在地

2 入院すべき期限

年 月 日までに入院してください

3 入院する期間

年 月 日 から 年 月 日まで

4 入院を勧告する理由

- (1) 結核のまん延を防止するため
- (2) 結核の症状が認められるため

5 その他

あなたは、法第22条第3項(法第26条で準用)の規定に基づき退院を求めることができ、その結果、当該感染症の病原体を保有していないこと、または、当該感染症の症状が消失したことが確認された場合は、法第22条第1項(法第26条で準用)の規定に基づき入院は終了します。

また、法第24条の2第1項の規定に基づき、入院中にあなたが受けた処遇について、文書又は口頭により苦情の申出をすることができます。

担 当: _____

④

保第 _____ 号
年 月 日

_____ 様

_____ 保健所長

入院勧告書

年 月 日付けで 保第 号で通知しましたあなたの入院について、
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)
第20条第1項(第26条及び第26条の2で準用)の規定に基づき、
下記のとおり入院を勧告します。

なお、この勧告に従わない場合は、法第20条第2項(法第26条及び第26条の2で準用)の
規定に基づき入院の措置を実施することがあります。

1 入院する医療機関

(1) 名称

(2) 所在地

2 入院する期間

年 月 日から 年 月 日まで

3 入院を勧告する理由

- (1) 結核のまん延を防止するため
- (2) 結核の症状が認められるため

4 その他

あなたは、法第22条第3項(法第26条で準用)の規定に基づき退院を求めることができ、
その結果、当該感染症の病原体を保有していないこと、または、当該感染症の症状が
消失したことが確認された場合は、法第22条第1項(法第26条で準用)の規定に基づき
入院は終了します。

また、法第24条の2第1項の規定に基づき、入院中にあなたが受けた処遇について、
文書又は口頭により苦情の申出をすることができます。

担 当: _____

⑤

第 _____ 号
年 月 日

_____ 様

_____ 保健所長

入院期間の延長について(通知)

年 月 日付けで 保第 号で通知しましたあなたの入院について、
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)
第20条第4項(第26条及び第26条の2で準用)の規定に基づき、
下記のとおり入院期間を延長します。

1 入院する医療機関

(1)名称

(2)所在地

2 入院を延長する期間

年 月 日から 年 月 日まで

3 入院を延長する理由

(1) 結核のまん延を防止するため

(2) 結核の症状が認められるため

4 その他

あなたは法第22条第3項(法第26条で準用)の規定に基づき退院を求めることができ、
その結果、当該感染症の病原体を保有していないこと、または、当該感染症の症状が
消失したことが確認された場合は、法第22条第1項(法第26条で準用)の規定に
基づき入院は終了します。

また、法第24条の2第1項の規定に基づき、入院中にあなたが受けた処遇について、
文書又は口頭により苦情の申出をすることができます。

担 当: _____

⑥

結核と診断され入院したら・・・(37条)

★ 結核とは

結核は、結核菌を吸い込み、主に肺に炎症をおこす病気です。発病してもタンの中に結核菌を出していない軽度の場合は、他者に感染させる恐れはありません。

タンの中に結核菌を出している場合は、咳やくしゃみをした時に結核菌が飛び散り、その菌をまわりの人が吸い込むと感染する可能性があります。(万が一結核に感染しても、必ず発病するわけではありません)

結核は、医師の指示に従って、薬をきちんと(通常6ヶ月以上)飲めば治る病気です。

★ 結核の届出

結核は感染する病気であるため、法律に基づき、診断した医師は、患者の住所、氏名、生年月日、性別及び職業等を保健所へ届け出ることになっています。

医師からの届出を受けた保健所は、医療機関からの情報や本人又は家族との面談等により、症状や生活状況などをお聞きします。

★ 入院勧告と人権保護

保健所は、聞き取りの結果、同居者等に結核を感染させる恐れのある結核患者と判断した場合は、結核病床をもつ医療機関に入院するよう「感染症法に基づく入院勧告」を行います。

患者の人権を保護するため、入院している患者又はその保護者の方で、御意見・苦情のある方は、保健所に申出をすることができます。

保健所は、感染症診査協議会の専門家ならびに患者の御意見を考慮した上で「入院勧告」を決定いたします。

(注)他の病気で入院が必要な方で、感染のおそれがない場合は「入院勧告」は行われません。

★ 医療費の公費負担制度

「入院勧告」にしたがって、結核病床をもつ医療機関に入院された場合は、入院医療費の一部が公費で負担されます(所得状況によっては、入院医療費全額が公費負担となります。)

公費負担申請に基づき保健所が「患者票」を発行し、医療機関に提示することによって医療費の公費負担が受けられます。

★ 接触者健診

保健所は、必要がある場合は結核に感染しているおそれのある家族や日常生活で接触された方に対して、健康診断の受診を勧めます。

お問い合わせ・御相談は・・・



⑦

入院勧告に基づく入院治療の医療費公費負担制度（37条）

★ 対象者

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づく「入院勧告」及び「入院期間の延長の通知」により結核病床に入院して治療を行っている方。

★ 対象となる医療費

①診察 ②薬剤または治療材料の支給 ③医学的処置・手術及びその他の治療 ④入院及びその療養に伴う世話その他の看護（食事代含）

（差額ベッド代、電気代、診断書料等保険の適用にならない費用は公費負担の対象にはなりません）

★ 自己負担額

本人、配偶者及び同一生計の直系家族の収入に応じ、費用の一部を負担していただきます。

*合計年間所得税額：147万円以下
自己負担なし（0円）

保 険	公 費
-----	-----

*合計年間所得税額：147万円以上
自己負担あり（2万円/月）

保 険	公 費
-----	-----



★ 申請に必要な書類

- 1 結核医療費公費負担申請書・・・保健所又は病院にあります。
- 2 世帯調書〔別紙1〕・・・太枠内のみ記載してください。
- 3 健康保険証の写し・・・患者さんの保険証。保健所でコピーします。
- 4 住民票（患者さんと同一住所全員。続柄の記載されているもの）
- 5 所得税額を証明する書類・・・世帯調書に記載されている方のうち、入院費負担義務者（別紙参照）の所得税額を証明する書類。所得のない方も、ないことを証明。

（1）確定申告をしていない方

ア 給与所得者・・・事業所発行の「H 年分※の源泉徴収票」

イ 年金受給者・・・年金事務所発行の「H 年分※の年金等の源泉徴収票」

（2）確定申告している方

税務署発行の「平成 年分※納税証明書（その1）」

（3）生活保護を受けている方

福祉事務所発行の「受給証明書」



(4) その他収入のない方

市役所で発行した「市・県民税（非）課税証明書」

※入院が1月1日～5月31日までの方…前々年分、6月1日～12月31日までの方…前年分
なお、5月と6月をまたいで入院している方は両方が必要となります。

★ その他

公費負担を受けている期間に住所・氏名・保険の種別等の変更があった場合は御連絡ください。

お問い合わせ・御相談は・・・

⑧

結核と診断されたら・・・(37条の2)

★ 結核とは

結核は、結核菌を吸い込み、主に肺に炎症をおこす病気です。発病してもタンの中に結核菌を出していない軽度の場合は、他者に感染させる恐れはありません。

タンの中に結核菌を出している場合は、咳やくしゃみをした時に結核菌が飛び散り、その菌をまわりの人が吸い込むと感染する可能性があります。(万が一結核に感染しても、必ず発病するわけではありません)

結核は、医師の指示に従って、薬をきちんと(通常6ヶ月以上)飲めば治る病気です。

★ 結核の届出

結核は感染する病気であるため、法律に基づき、診断した医師は、患者の住所、氏名、生年月日、性別及び職業等を保健所へ届け出ることになっています。

医師からの届出を受けた保健所は、医療機関からの情報や本人又は家族との面談等により、症状や生活状況などをお聞きします。

★ 入院勧告と接触者健診

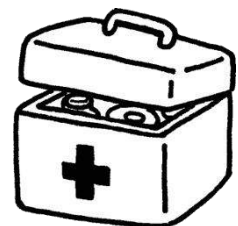
保健所は、聞き取りの結果、同居者等に結核を感染させる恐れのある結核患者と判断した場合は、結核病床をもつ医療機関に入院するよう「感染症法に基づく入院勧告」を行います。

また、保健所は、必要がある場合は結核に感染しているおそれのある家族や日常生活で接触された方に対して、健康診断の受診を勧めます。

(注)他の病気で入院が必要な方で、感染のおそれがない場合は「入院勧告」は行われません。

★ 医療費の公費負担

結核の治療を受ける場合には、医療費の一部を公費で負担し、自己負担を軽減する制度が設けられています。(裏面参照)



一般の結核医療に対する医療費公費負担制度（37条の2）

⑨

対象者

- ・結核指定医療機関で、主に通院による治療を受けており、他の人に感染させる恐れのない方。
- ・結核以外の病気を治療するために入院中で、結核の治療を受けている方。

★ 対象となる医療費（結核の治療に関するもの。）

- ・化学療法（薬による治療）・外科的療法（手術など）・骨関節結核の装具療法・エックス線・CT 検査、結核菌検査、副作用発見のための検査（血液検査・眼科検査・耳鼻科検査）等に要した費用。
- ・外科的療法・骨関節結核の装具療法のため、入院する場合の費用の一部とその処置費。

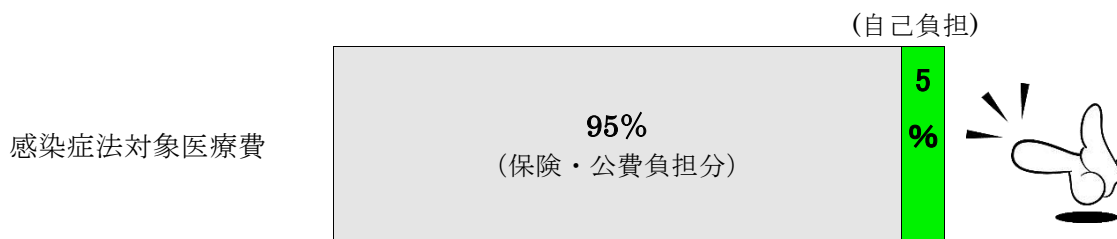
（注）初診料・再診料、指導料、診断書料・協力料は公費負担の対象となりません。

★ 申請に必要な書類（医療機関から直接保健所へ提出されます）

- 1 結核医療費公費負担申請書・診断書
- 2 エックス線直接撮影写真（申請前3ヶ月以内に撮影したもの）

★ 自己負担額

対象となる医療費のうち、95%は患者加入の保険と公費により負担され、残り5パーセントが自己負担になります。

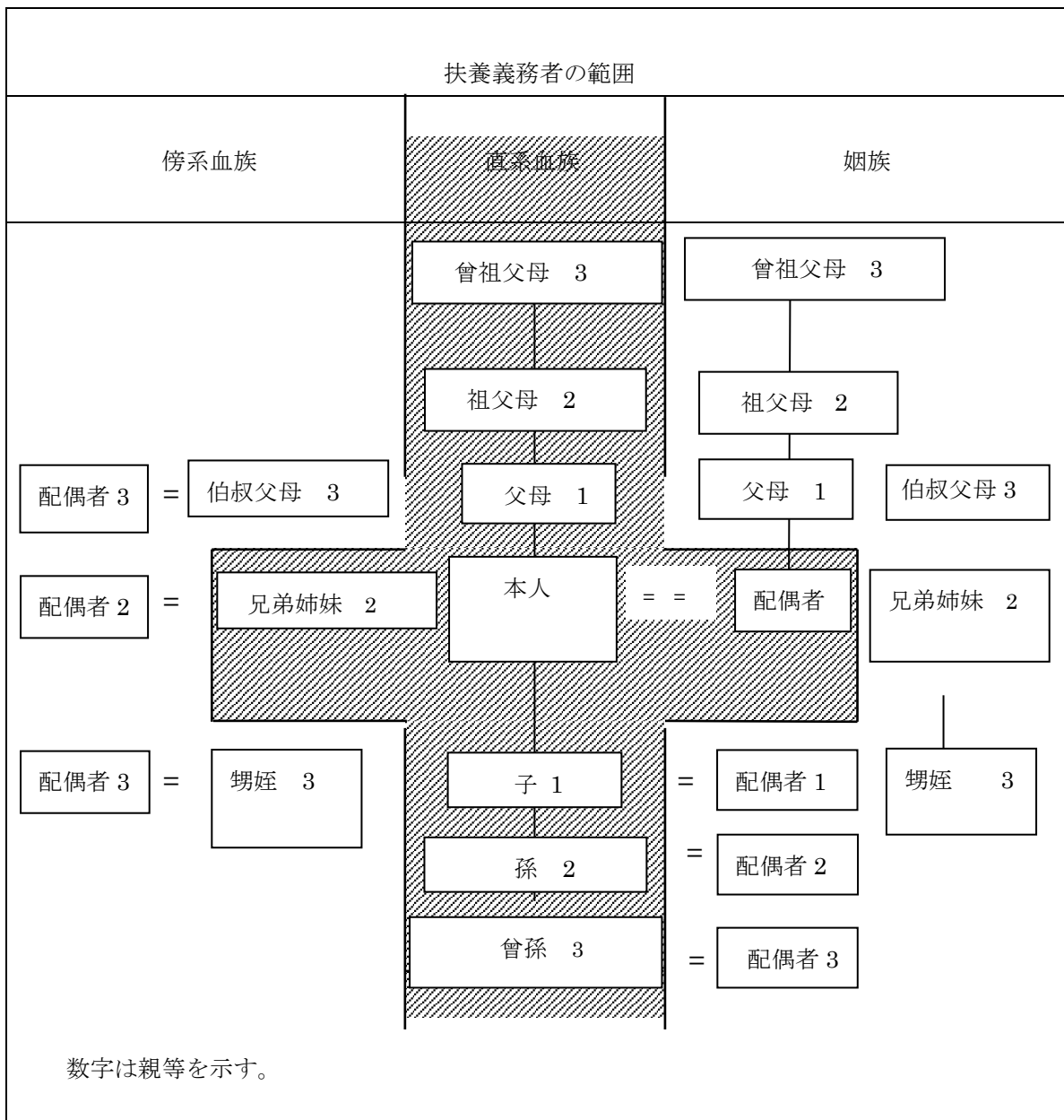


「患者票」を医療機関・結核の薬を受け取る薬局に提示してください。

医療費公費負担は「公費負担申請書」の保健所受理日が開始日となります。

お問い合わせ・御相談は・・・





斜線に囲まれた部分に該当する者が扶養義務者にあたります。

この扶養義務者のなかで患者本人と生計を同じくしている者が入院費負担義務者にあたります。
 なお、次のような事実のどれかに該当すれば生計同一と見なされます。

- ①住民票上の住所地が同一である。
- ②健康保険の扶養家族にしている。
- ③税法上の扶養家族として控除をうけている。
- ④患者の日用品費を支払っている。

(第17条第1項関係)

⑪

第 _____ 号
年 月 日

_____ 保健所長

健康診断通知書（勧告）

あなたは、結核患者との接触があり結核に感染している疑いがあります。

つきましては、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」という。）
第17条第1項の規定に基づき下記の期限までに医師の健康診断を受けるよう勧告します。

なお、この勧告に従わない場合は、法第17条第2項の規定に基づき健康診断の措置を実施する
ことがあります。

記

- 1 健康診断を実施する理由
結核に感染している疑いがあるため

- 2 受診する期限
勧告の日から 年 月 日まで

- 3 健康診断の方法
 胸部エックス線直接撮影
 ツベルクリン反応検査
 QFT検査（T-SPO T検査）
 その他（ ）

- 4 受診する場所（医療機関又は保健所）
名称
住所

担 当: _____

インドネシア語

① Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

_____No. _____

Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

Kepada Yth.

Kepala Pusat Penanganan Kesehatan _____

Surat Pemberitahuan Pembatasan Kerja dan sebagainya

Anda dinyatakan terinfeksi dengan TBC sebagaimana ditentukan dalam Pasal 6, Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Pendrita Penyakit Menular (selanjutnya akan disingkat menjadi UU). Selanjutnya harap diperhatikan penjelasan pembatasan kerja yang tertulis pada No. 2 di bawah ini yang berdasarkan UU Pasal 18 Paragraf 2. Apabila Anda melanggar aturan pembatasan kerja, Anda akan dikenakan denda sampai dengan ¥500,000 berdasarkan UU Pasal 77 Paragraf 4.

Berdasarkan UU Pasal 18 Paragraf 3, Anda dapat mengajukan permohonan untuk evaluasi selama pembatasan kerja kepada Kepala Pusat Penanganan Kesehatan untuk membuktikan bahwa Anda sudah sembuh dari penyakit.

1 Kondisi medis

(1) Gejala

batuk, dahak, demam, sakit dada, sesak nafas, lain dll. (_____), tidak

ada

(2) Cara pemeriksaan

(3) Tanggal kunjungan pertama

(4) Tanggal diagnosis

2 Rincian pembatasan kerja

(1) Pekerjaan yang perlu dibatasi

Tugas-tugas yang melibatkan kontak dengan banyak orang seperti usaha pelayanan jasa dll.

(2) Jangka waktu pembatasan kerja

Sampai kuman dinyatakan hilang, atau gejala penyakit yang diderita sembuh total.

3 Lainnya

(1) Dimohon untuk menginformasikan ke Pusat Penanganan Kesehatan apabila gejala penyakit menular yang bersangkutan hilang.

(2) Apabila Anda merasa tidak puas dengan perlakuan ini, Anda dapat mengajukan permohonan evaluasi kepada Gubernur prefektur dalam kurun waktu 3 bulan dihitung dari 1 hari setelah Anda mengetahui Anda mendapat perlakuan ini.

(3) Selain permohonan evaluasi (2) tertulis di atas, apabila Anda merasa tidak puas dengan perlakuan ini, Anda dapat mengajukan gugatan pembatalan terhadap perlakuan ini dalam 6 bulan dihitung dari 1 hari setelah Anda mengetahui perlakuan ini kepada (prefektur) _____ sebagai tergugat (dalam gugatan yang mewakili prefektur adalah Gubernur prefektur).

(4) Apabila Anda mengajukan permohonan evaluasi (2) tertulis di atas, Anda dapat mengajukan gugatan pembatalan perlakuan ini kepada (prefektur) _____ sebagai tergugat dalam 6 bulan dihitung dari 1 hari setelah Anda mengetahui keputusan mengenai permohonan evaluasi tersebut.

Bagian Penanggung jawab _____

② Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

_____ No. _____
Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

Kepada Yth.Orang tua / Wali

Kepala Pusat Penanganan Kesehatan _____

Surat Pemberitahuan Pembatasan Kerja dan sebagainya

Anak Anda dinyatakan terinfeksi dengan Tuberculosis (TBC) sebagaimana ditentukan dalam Pasal 6 , Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Penderita Penyakit Menular (selanjutnya akan disingkat menjadi UU)

Selanjutnya harap mengunjungi institusi medis dan diperhatikan pembatasan untuk mencegah penyebaran penyakit menular yang tertulis di bawah ini berdasarkan UU Pasal 18, Paragraf 2.

Catatan

1 Kondisi medis

(1) Gejala

_____ , tidak ada
batuk, dahak, demam, sakit dada, sesak nafas, lain dll.(_____)

(2) Cara pemeriksaan

(3) Tanggal kunjungan pertama

(4) Tanggal diagnosis

2 Rincian pembatasan

(1) Harap diperhatikan bahwa anak Anda tidak diperkenankan melakukan usaha pelayanan jasa atau tugas-tugas yang melibatkan kontak dengan banyak orang.

(2) Jangka waktu pembatasan kerja ini adalah sampai kuman dinyatakan hilang, atau gejala penyakit yang diderita sembuh total.

4 Lainnya

(5) Dimohon untuk menginformasikan ke Pusat Penanganan Kesehatan apabila gejala penyakit menular yang bersangkutan hilang.

(6) Apabila melanggar aturan UU Pasal 18, Paragraf 2, Anda akan dikenakan denda sampai dengan ¥500,000 berdasarkan UU Pasal 77, Paragraf 4.

(7) Anda dapat mengajukan permohonan untuk evaluasi kepada Kepala Pusat Penanganan Kesehatan bahwa Anda sudah sembuh dan tidak ditargetkan lagi berdasarkan UU Pasal 18, Paragraf 3.

(8) Apabila Anda merasa tidak puas dengan perlakuan ini, Anda dapat mengajukan permohonan evaluasi kepada Gubernur (prefektur) _____ dalam 3 bulan dihitung dari 1 hari setelah Anda mengetahui bahwa Anda mendapat perlakuan ini.

- (9) Apabila Anda merasa tidak puas dengan perlakuan ini, selain mengajukan permohonan evaluasi (4) tersebut di atas, Anda dapat mengajukan gugatan pembatalan terhadap perlakuan ini dalam 6 bulan dihitung dari 1 hari setelah Anda mengetahui perlakuan ini kepada (prefektur)_____ sebagai tergugat (dalam gugatan yang mewakili prefektur adalah Gubernur (prefektur_____)).
- (10) Apabila Anda mengajukan permohonan evaluasi (4) tertulis di atas, Anda dapat mengajukan gugatan pembatalan perlakuan ini kepada (prefektur)_____ sebagai tergugat. dalam 6 bulan dihitung dari 1 hari setelah Anda mengetahui keputusan mengenai permohonan evaluasi tersebut.

Bagian Penanggung jawab _____

③ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

Tipe Asuransi _____ No. _____

Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

Kepada Yth.

Kepala Pusat Penanganan Kesehatan _____

Surat Penganjuran Rawat Inap

Anda dinyatakan terinfeksi Tuberculosis (TBC) yang sebagaimana ditentukan dalam Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Penderita Penyakit Menular (selanjutnya akan disingkat menjadi UU) Pasal 6.

Selanjutnya, kami menganjurkan Anda rawat inap sebagaimana tertulis pada UU Pasal 19, Paragraf 1 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26).

Apabila Anda tidak mengikuti Penganjuran ini, kami kemungkinan melaksanakan tindakan rawat inap berdasarkan UU Pasal 19, Paragraf 3 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26).

1 Institusi medis

(1) Nama

(2) Alamat

2 Batas waktu untuk mulai rawat inap

Anda perlu memulai rawat inap sebelum Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

3 Jangka waktu rawat inap

Sejak Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

Sampai dengan Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

4 Alasan Penganjuran rawat inap

(1) Untuk mencegah penyebaran TBC

(2) Karena sudah diketahui bahwa Anda memiliki gejala-gejala TBC

5 Lainnya

Anda dapat mengajukan permohonan untuk keluar dari Institusi medis berdasarkan aturan UU Pasal 22, Paragraf 3 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26). Sebagai akibatnya, Apabila tubuh Anda sudah dinyatakan tidak memiliki kuman penyakit menular yang bersangkutan atau gejala-gejala penyakit menular yang bersangkutan sudah hilang, rawat inap Anda dapat diselesaikan berdasarkan UU Pasal 22, Paragraf 1 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26).

Berdasarkan peraturan yang tertulis pada UU Pasal 24-2, Paragraf 1, Anda dapat mengajukan keluhan mengenai perawatan yang Anda terima selama rawat inap secara tertulis atau lisan.

Bagian Penanggung jawab _____

④ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

Tipe Asuransi _____ No. _____
Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

Kepada Yth.,

Kepala Pusat Penanganan Kesehatan _____

Surat Penganjuran Rawat Inap

Mengenai rawat inap Anda yang sudah diberitahukan pada Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____ dengan surat Tipe Asuransi _____ No. _____, kami menganjurkan Anda rawat inap berdasarkan Pasal 20, Paragraf 1, Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Penderita Penyakit Menular (selanjutnya akan disingkat menjadi UU) (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26 dan 26-2).

Apabila anda tidak mengikuti penganjuran ini, kami kemungkinan melaksanakan tindakan rawat inap berdasarkan UU Pasal 20, Paragraf 2 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26 dan 26-2).

1 Institusi medis yang Anda rawat inap

(1) Nama

(2) Alamat

2 Jangka waktu rawat inap

Sejak Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

Sampai dengan Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____

3 Alasan Penganjuran rawat inap

(1) Untuk mencegah penyebaran TBC

(2) Karena sudah diketahui bahwa Anda memiliki gejala-gejala TBC

4 Lainnya

Anda dapat mengajukan permohonan untuk keluar dari institusi medis berdasarkan aturan UU Pasal 22, Paragraf 3 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26). Sebagai akibatnya, Apabila tubuh Anda sudah dinyatakan tidak memiliki kuman penyakit menular yang bersangkutan atau gejala-gejala penyakit menular yang bersangkutan sudah hilang, rawat inap Anda dapat diselesaikan berdasarkan UU Pasal 22, Paragraf 1 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26).

Berdasarkan peraturan yang tertulis pada UU Pasal 24-2, Paragraf 1, Anda dapat mengajukan keluhan mengenai perawatan yang Anda terima selama rawat inap secara tertulis atau lisan.

Bagian Penanggung jawab _____

⑤ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

_____No._____

Tahun._____Bulan____Tanggal____

Kepada Yth.

Kepala Pusat Penanganan Kesehatan_____

Pemberitahuan: Perpanjangan jangka waktu rawat inap

Mengenai rawat inap Anda yang sudah diberitahukan pada Tahun____Bulan__Tanggal__dengan surat Pusat Penanganan Kesehatan No._____, berdasarkan aturan Pasal 20, Paragraf 4 (diterapkan berdasarkan Pasal 26 dan Pasal 26-2), Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Penderita Penyakit Menular (selanjutnya akan disingkat menjadi UU), kami memberitahukan bahwa jangka waktu rawat inap Anda akan diperpanjang seperti berikut ini.

1 Institusi Medis yang Anda rawat inap

(1) Nama

(2) Alamat

2 Jangka waktu rawat inap yang diperpanjang

Sejak Tahun_____Bulan__Tanggal__

Sampai dengan Tahun_____Bulan__Tanggal__

3 Alasan kenapa jangka waktu rawat inap diperpanjang

(1) Untuk mencegah penyebaran TBC

(2) Karena sudah diketahui bahwa Anda memiliki gejala-gejala TBC

4 Lainnya

Anda dapat mengajukan permohonan untuk keluar dari institusi medis berdasarkan aturan UU Pasal 22, Paragraf 3 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26). Sebagai akibatnya, Apabila tubuh Anda sudah dinyatakan tidak memiliki kuman penyakit menular yang bersangkutan atau gejala-gejala penyakit menular bersangkutan sudah hilang, rawat inap Anda dapat diselesaikan berdasarkan aturan UU Pasal 22, Paragraf 1 (diterapkan berdasarkan Pasal 26).

Berdasarkan peraturan yang tertulis pada UU Pasal 24-2, Paragraf 1, Anda dapat mengajukan keluhan mengenai perawatan yang Anda terima selama rawat inap secara tertulis atau lisan.

Bagian Penanggung jawab_____

⑥ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

Saat didiagnosis terkena Tuberculosis (TBC) dan rawat inap ...(Pasal 37)

★Apa itu penyakit TBC?

TBC adalah penyakit yang membuat peradangan terutama pada paru-paru yang disebabkan oleh pengisapan kuman TBC. Penderita penyakit TBC, jika masih ringan dan belum mengeluarkan kuman pada dahak, penyakit Anda tidak dikhawatirkan menular ke orang yang lain.

Jika dahak mengandung kuman, saat pasien batuk atau bersin kuman TBC akan tersebar dan kalau orang-orang di sekelilingnya mengisap kuman TBC, orang tersebut kemungkinan terinfeksi TBC. (Meskipun terinfeksi TBC, tidak selalu akan menyebabkan penyakit TBC)

TBC adalah penyakit yang bisa disembuhkan jika minum obat secara teratur (membutuhkan waktu 6 bulan atau lebih) dengan mengikuti instruksi dokter.

★Laporan terkena TBC

TBC adalah penyakit menular. Oleh sebab itu, berdasarkan Undang-Undang, dokter yang mendiagnosis pasien perlu melaporkan alamat, nama, tanggal lahir, jenis kelamin dan pekerjaan dll, mengenai pasien itu kepada Pusat Penanganan Kesehatan.

Jika sudah dilaporkan oleh dokter, Pusat Penanganan Kesehatan menanyakan gejala, situasi kehidupan dll, mengenai pasien melalui informasi yang diterima dari Institusi Medis dan wawancara dengan pasien sendiri atau keluarganya.

★Penganjuran rawat inap dan perlindungan hak asasi manusia

Jika pasien dinyatakan terinfeksi TBC yang dikhawatirkan menyebarkan penyakit kepada orang yang bersama-sama tinggal di rumahnya dll, dilihat dari hasil wawancara, jadi Pusat Penanganan Kesehatan melaksanakan “Penganjuran rawat inap berdasarkan Undang-Undang Penanganan Penyakit Menular” kepada pasien untuk rawat inap di institusi medis yang memiliki tempat tidur untuk pasien TBC.

Untuk melindungi hak-hak manusia sebagai pasien, pasien yang sedang dirawat inap atau orang tuanya(wali) dapat mengajukan pendapat / keluhan kepada Pusat Penanganan Kesehatan.

Pusat Penanganan Kesehatan memutuskan “Penganjuran rawat inap” setelah mempertimbangkan pendapat dari spesialis dalam Rapat Pertimbangan Penyakit Menular dan pasien.

(Perhatian) Jika pasien perlu rawat inap dengan penyakit yang lain, dan tidak dikhawatirkan menular, “Penganjuran rawat inap” tidak dilaksanakan.

★Sistem Dana Publik untuk Perawatan Medis

Jika pasien dirawat inap di institusi medis yang memiliki tempat tidur untuk pasien TBC berdasarkan “Penganjuran rawat inap”, pasien tersebut dapat meringankan sebagian biaya medis rawat inap dengan menggunakan dana publik. (Tergantung pada situasi penghasilannya, semua biaya medis dapat didanai oleh dana publik.)

Pusat Penanganan Kesehatan menerbitkan “kartu pasien” setelah menerima aplikasi mengenai penggunaan dana publik. Pasien dapat memperoleh dana publik melalui menunjukkan kartunya kepada institusi medis.

★Pemeriksaan bagi orang yang melakukan kontak dengan pasien TBC


Jika diperlukan, Pusat Penanganan Kesehatan dapat merekomendasikan keluarga atau orang yang melakukan kontak dengan pasien dalam kehidupan sehari-hari dan dikhawatirkan telah terinfeksi TBC untuk menerima pemeriksaan kesehatan.

Pertanyaan atau Konsultasi . . .



⑦ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.


Sistem dana publik tentang Tuberculosis(TBC) untuk menutupi
biaya medis rawat inap berdasarkan pengajuan rawat inap (Pasal37)


★Pasien yang ditargetkan

Pasien rawat inap yang dirawat di insutitusi medis yang memiliki tempat tidur untuk pasien TBC atas dasar “Penganjuran Rawat Inap” dan “Pemberitahuan Perpanjangan Jangka Waktu Rawat Inap” berdasarkan “Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Penderita Penyakit Menular”.

★Biaya medis yang ditargetkan

①Pemeriksaan ②Biaya untuk obat atau bahan pengobatan ③Perawatan medis, operasi dan pengobatan yang lain ④Perawatan rawat inap dan pengobatan yang diperlu untuknya (termasuk biaya makanan) (Biaya yang asuransi tidak berlaku seperti tempat tidur mewah, listrik, surat keterangan medis dll., tidak ditargetkan sebagai dana publik)

★Biaya yang perlu dibayar sendiri

Dilihat dari pendapatan pasien, suami / isteri dan keluarga inti dalam satu biaya hidup yang sama, mohon dibayar sebagian biaya medis.

*Jumlah pajak pendapatan per tahun

: ¥1,470,000 atau dibawah

Tidak dibebankan kepada pasien sendiri (¥0)

Asuransi	Dana Publik
----------	----------------

*Jumlah pajak pendapatan per tahun

: ¥1,470,000 atau lebih

Dibebankan sebagian biaya kepada pasien
(¥20,000 per bulan)

Asuransi	Dana Publik
----------	----------------



★Surat yang diperlukan untuk aplikasi

- 1 Surat Aplikasi Dana Publik Biaya Pengobatan TBC (Kekkaku Iryouhi Kouhi Futan Shinseisho) ... di Pusat Penanganan Kesehatan atau Insutitusi Medis
- 2 Kartu Keterangan Keluarga (Setai Chosho) (lampiran 1) ... perlu diisi dalam kotak garis tebal saja
- 3 Salinan kartu asuransi kesehatan(Kenko Hokensho) ...kartu asuransi pasien. Pusat Penanganan Kesehatan memfotokopi di kantor.
- 4 Kartu Penduduk (Jumin Hyou) (untuk semua anggota keluarga pasien yang tinggal bersama dan perlu dijelaskan mengenai hubungannya)

5 Dokumen yang membuktikan jumlah pajak pendapatan

...Dokumen yang membuktikan jumlah pajak pendapatan bagi anggota yang terdaftar dalam Kartu Keterangan Keluarga (Setai Chosho) yang wajib membayar biaya rawat inap (lihat lampiran). Yang tidak mempunyai pendapatanpun perlu menyertai dokumen pembuktiannya.

- (1) Orang yang tidak melaporkan pengembalian pajak terakhir (Kakutei Shinnkoku)
 - A. yang mendapat gaji ... “Slip sertifikat pajak pada tahun H ※”
(Gensen Choshu Hyou) yang diterbitkan oleh kantor usaha
 - B. yang mendapat pensiun ... “Slip sertifikat pajak pensiunan dll. pada tahun H ※ ”
(Gensen Choshu Hyou) yang diterbitkan oleh kantor pensiun
- (2) Orang yang melaporkan pengembalian pajak terakhir (Kakutei Shinnkoku)
“Slip sertifikat pajak pada tahun H ※” (Nouzei Shomei Sho) yang diterbitkan oleh kantor pajak
- (3) Orang yang menerima jaminan kehidupan (Seikatsu Hogo)
“Slip sertifikat tanda penerimaan jaminan” yang diterbitkan oleh kantor kesejahteraan
- (4) Yang tidak ada pendapatan dll.,
“Slip sertifikat (pembebasan) pajak kota/prefektur” yang diterbitkan oleh kantor kota



※Yang rawat inap antara periode sejak Januari 1 sampai dengan Mei 31

...slip pada 2 tahun sebelumnya

Yang rawat inap antara periode sejak Juni 1 sampai dengan Desember 31

...slip pada 1 tahun sebelumnya

Yang rawat inap sejak Mei sampai dengan Juni, slip dua-duanya diperlukan.

★Lainnya

Tolong laporkan jika ada perubahan alamat, nama, tipe asuransi dll. selama anda menerima dana publik.

Pertanyaan atau Konsultasi . . .

⑧ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

Saat didiagnosis terkena Tuberculosis (TBC)...(Pasal 37-2)

★Apa itu penyakit TBC?

TBC adalah penyakit yang membuat peradangan terutama pada paru-paru yang disebabkan oleh pengisapan kuman TBC. Penderita penyakit TBC, jika masih ringan dan belum mengeluarkan kuman pada dahak, penyakit Anda tidak dikhawatirkan menular ke orang yang lain.

Jika dahak mengandung kuman, saat pasien batuk atau bersin kuman TBC akan tersebar dan kalau orang-orang di sekelilingnya mengisap kuman TBC, orang tersebut kemungkinan terinfeksi penyakit TBC. (Meskipun terinfeksi TBC, tidak selalu akan menyebabkan penyakit TBC.)

TBC adalah penyakit yang bisa disembuhkan jika minum obat secara teratur (membutuhkan waktu 6 bulan atau lebih) dengan mengikuti instruksi dokter.

★Laporan terkena TBC

TBC adalah penyakit menular. Oleh sebab itu, berdasarkan Undang-Undang, dokter yang mendiagnosis pasien perlu melaporkan alamat, nama, tanggal lahir, jenis kelamin dan pekerjaan dll, mengenai pasien itu kepada Pusat Penanganan Kesehatan.

Jika sudah dilaporkan oleh dokter, Pusat Penanganan Kesehatan menanyakan gejala, situasi kehidupan dll, mengenai pasien melalui informasi yang diterima dari Institusi Medis dan wawancara dengan pasien sendiri atau keluarganya.

★Penganjuran rawat inap dan pemeriksaan kesehatan bagi orang-orang yang melakukan kontak dengan pasien.

Jika pasien dinyatakan terinfeksi TBC yang dikhawatirkan menyebarkan penyakit kepada orang yang bersama-sama tinggal di rumahnya dll, dilihat dari hasil wawancara, jadi Pusat Penanganan Kesehatan melaksanakan “Penganjuran rawat inap berdasarkan Undang-Undang Penanganan Penyakit Menular” kepada pasien untuk rawat inap di institusi medis yang memiliki tempat tidur untuk pasien TBC.

Selain itu, jika perlu, Pusat Penanganan Kesehatan merekomendasikan pemeriksaan kesehatan kepada keluarga dan orang yang melakukan kontak dengan pasien dalam kehidupan sehari-hari yang dikhawatirkan telah terinfeksi TBC.

(Perhatian) Jika pasien perlu rawat inap dengan penyakit yang lain, dan tidak dikhawatirkan menular, “Penganjuran rawat inap” tidak dilaksanakan.



★Dana publik untuk biaya perawatan medis

Jika pasien mendapat pengobatan TBC, telah disediakan sistem untuk sebagian biaya medis dapat dibayar oleh dana publik dan meringankan bebannya.

(Lihat sisi belakang)



- 9) Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang. Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.


**Sistem dana publik untuk menutupi biaya medis umum
 tentang Tuberculosis(TBC) (Pasal 37-2)**


Pasien yang ditargetkan

- Pasien yang pada umumnya menjalani pengobatan dengan rawat jalan di institusi medis yang ditunjuk untuk penyakit TBC dan tidak dianggap mungkin menularkan infeksi TBC kepada orang yang lain.
- Pasien yang sedang rawat inap untuk pengobatan penyakit selain dari TBC dan menjalani pengobatan TBC juga.

★ **Biaya medis yang ditargetkan** (mengenai pengobatan TBC)

- Biaya yang diperlukan untuk kemoterapi (pengobatan dengan obat), pembedahan (operasi dll.), terapi menggunakan alat bantu penyangga untuk TBC di bagian sendi tulang, sinar-X, pemeriksaan CT, pemeriksaan kuman TBC, pemeriksaan untuk mengetahui efek samping (tes darah, tes mata, tes THT) dsb..
- Sebagian dari biaya untuk rawat inap dan biaya untuk pengobatan yang diperlukan untuk terapi pembedahan atau terapi menggunakan alat bantu penyangga untuk TBC di bagian sendi tulang.

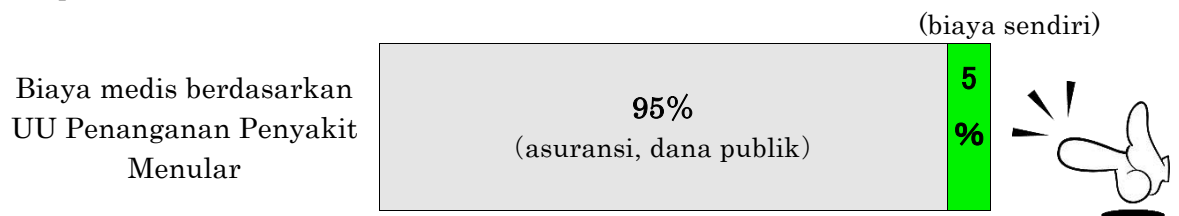
(Perhatian) Untuk biaya kunjungan pertama (Shoshin Ryou), untuk kunjungan selanjutnya (Saishin Ryou), untuk bimbingan(Shidou Ryou), untuk surat keterangan dokter dan untuk kerja sama tidak ditargetkan sebagai dana publik.

★ **Dokumen yang diperlukan untuk aplikasi (langsung diserahkan kepada Pusat Penanganan Kesehatan dari Institusi Medis)**

- 1 surat aplikasi dana publik untuk pengobatan TBC, surat keterangan dokter
- 2 foto sinar-X dada (yang diambil dalam 3 bulan sebelum aplikasi)

★ **Biaya yang perlu dibayar sendiri**

Dalam biaya medis yang ditargetkan, 95% dibayar oleh asuransi pasien dan dana publik, 5% sisanya dibebankan kepada pasien.



Diharapkan mengajukan “Kartu Pasien” kepada Insutitusi Medis dan Apotik di mana Anda menerima obat TBC.

Biaya medis akan mulai dibayar oleh pemerintah sejak waktu “Surat Aplikasi Dana Publik” diterima oleh Pusat Penanganan Kesehatan.

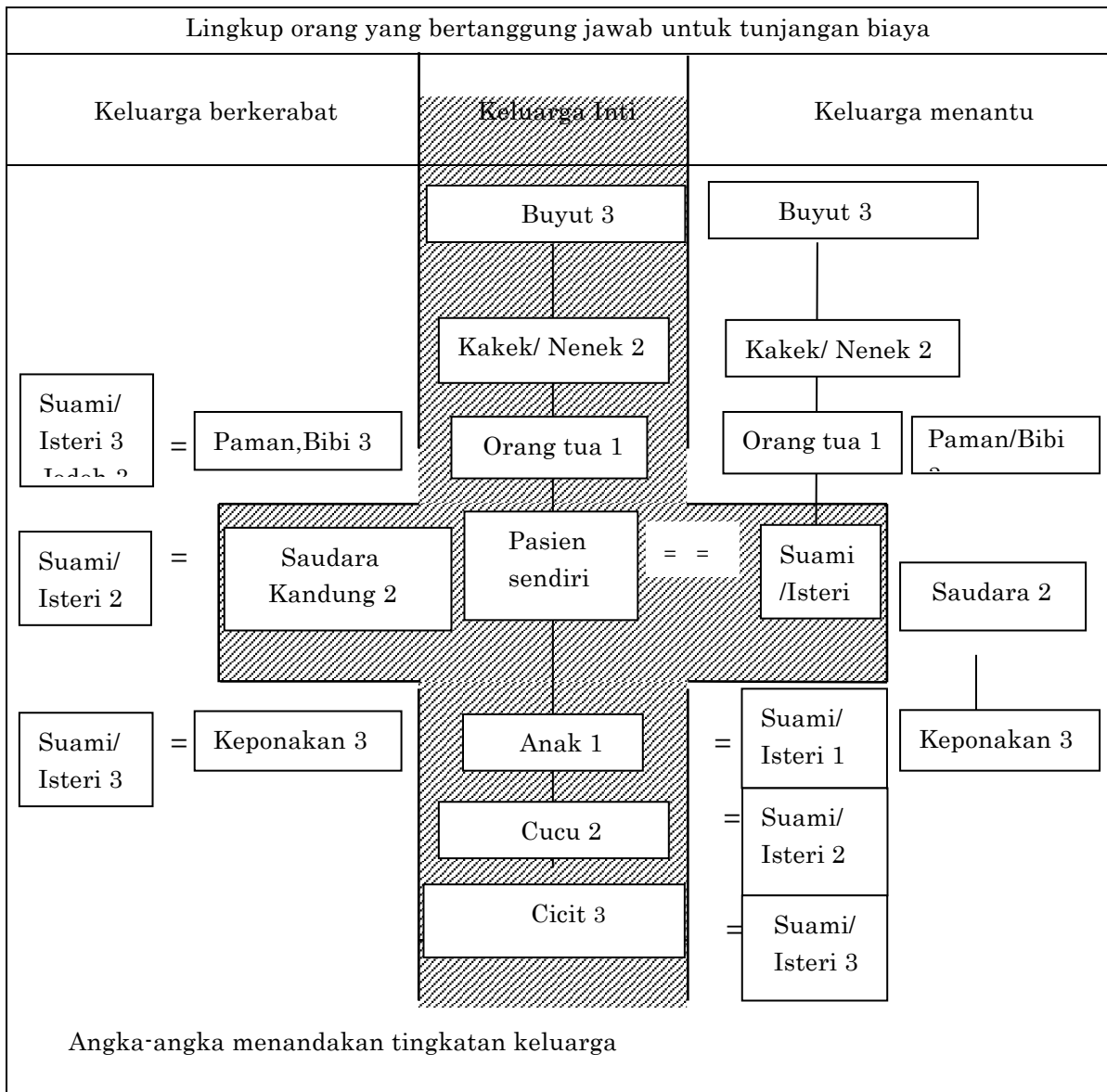
Pertanyaan atau Konsultasi:



⑩ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

Orang yang bertanggung jawab tentang pembayaran biaya rawat inap



Orang-orang yang berada di lingkup garis miring adalah orang yang bertanggung jawab untuk tunjangan biaya.

Dalam orang-orang tersebut di atas, orang yang tinggal bersama dan saling membiayai kehidupan sehari-hari dianggap sebagai orang yang bertanggung jawab untuk biaya rawat inap.

Apabila dia memenuhi salah satu syarat tertulis dibawah ini, maka dia dianggap sebagai orang yang tinggal bersama dan saling membiayai kehidupan sehari-hari.

- ① Orang yang tinggal di alamat yang sama dengan yang tertulis di dalam sertifikat residen (jyumin hyou)
- ② Orang yang termasuk dalam keluarga dan menjadi tanggungan atas kartu asuransi kesehatan
- ③ Orang yang dibebaskan pembayaran sebagai keluarga tanggungan dalam sistem hukum pajak
- ④ Orang yang membayar biaya kebutuhan sehari-hari untuk pasien

⑪ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

(Referensi: Pasal 17, Paragraf 1)

_____ No. _____
Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____
Kepala Pusat Penanganan Kesehatan _____

Surat Pemberitahuan Tes Kesehatan (Penganjuran)

Anda dinyatakan bahwa telah melakukan kontak dengan pasien Tuberculosis (TBC) dan dicurigai sudah terinfeksi TBC.

Oleh karena itu, berdasarkan Pasal 17 Paragraf 1, Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Penderita Penyakit Menular (selanjutnya akan disingkat menjadi UU), kami menganjurkan Anda untuk melakukan pemeriksaan kesehatan ke dokter sebelum tenggat waktu tertulis di bawah ini.

Apabila Anda tidak mengikuti Penganjuran ini, kami kemungkinan melaksanakan tindakan pemeriksaan kesehatan berdasarkan UU Pasal 17, Paragraf 2 .

Catatan

- 1 Alasan kenapa dilakukan pemeriksaan kesehatan
Karena anda dicurigai sudah terinfeksi TBC.
- 2 Tenggat Waktu untuk mengikuti pemeriksaan kesehatan
Sejak _____ tanggal yang dikeluarkan Surat Penganjuran
Sampai dengan Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____
- 3 Metode pemeriksaan kesehatan
 Tes sinar-X dada
 Tes Mantoux
 Tes QFT (Tes T-SPOT)
 Lainnya (_____)
- 4 Tempat pemeriksaan (Institusi medis atau Pusat Penanganan Kesehatan)
Nama _____
Alamat _____

Bagian Penanggung jawab _____

ネパール語

①

स्वास्थ्य पत्र सङ्ख्या.....

जापान संवत्.....साल.....महिना.....तारिख

_____ज्यू

_____जनस्वास्थ्य केन्द्र
प्रमुख

रोजगारी प्रतिबन्ध सम्बन्धी सूचना पत्र

तपाईंलाई सरुवा रोगको रोकथाम एवम् सरुवा रोगको बिरामीको लागि गरिने उपचार सम्बन्धी कानून (उपरान्त "ऐन" भनिने) दफा नं. 6 मा तोकिए अनुसार क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भएको कुरा देखिन आएको छ।

यस सम्बन्धमा, ऐनको दफा नं. 18 को अनुच्छेद 2 मा आधारित रहेर निम्न लिखित रोजगारी प्रतिबन्ध लाग्ने भएकोले, सावधानी अपनाउनुहोस्।

यस रोजगारी प्रतिबन्ध उल्लङ्घन गरेमा, ऐनको दफा नं. 77 को अनुच्छेद 4 को प्रावधान बमोजिम 5 लाख येन सम्मको जरिवाना लाग्नेछ।

त्यसर्थ, दफा नं १८ को अनुच्छेद ३ मा तोकिए अनुसार, तपाईंले यस रोजगारी प्रतिबन्ध अवधिभर, जनस्वास्थ्य केन्द्र प्रमुखलाई, त्यस प्रतिबन्धबाट फुकुवा भएको प्रमाणित गरिदिने माग राख्न सक्नुहुनेछ।

1 अवस्था

(1) लक्षण

_____खोकी, खकार, ज्वरो, छाती दुख्ने, श्वासप्रश्वासमा कठिनाइ, अन्य(_____), केही नभएको

(2) निदान विधि

(3) प्रथम जाँच भएको मिति _____

(4) निदान मिति _____

2 रोजगारी प्रतिबन्धको विषयवस्तु

(1) रोजगारी प्रतिबन्धित गरिने कार्यहरू ग्राहकलाई आतिथ्य प्रदान गर्ने कार्य तथा अन्य धेरै सङ्ख्यामा मानिससँग सम्पर्कमा आउने कार्यहरू

(2) रोजगारी प्रतिबन्धित अवधि त्यस रोगको कारक तत्व/ जीवाणु नष्ट नभएसम्म, अथवा त्यसको लक्षण नहराए सम्म कार्यहरू प्रतिबन्धित हुनेछन्।

3 अन्य

- (1) उक्त सरुवा रोगको लक्षण देखा पर्न छोडेमा, स्वास्थ्य केन्द्र (होकेन्- ज्यो) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- (2) यस निर्णय प्रति असन्तुष्टी भएमा, यो निर्णय थाहा पाएको भोलि पल्टको मिति देखि 3 महिना भित्र (प्रान्त) गभर्नर उपर छानविनका लागि माग पेश गर्न सकिनेछ।
- (3) यस निर्णय प्रति असन्तुष्टी भएमा, माथि उल्लेखित (2) छानविन माग पेश पत्र वाहेक, यो निर्णय थाहा भएको भोलि पल्ट को मिति देखि 6 महिना भित्र (प्रान्त) लाई प्रतिवादी गरि (यस मुद्दाका लागि (प्रान्त)को प्रतिनिधि (प्रान्त) का गभर्नर हुनेछ।), यस निर्णय वदरका लागि मुद्दा दाखिला गर्न सकिनेछ।
- (4) माथि उल्लेखित (2) को छानविन माग पेश गरेमा, त्यस छानविन माग सम्बन्धि फैसला भएको थाहा पाएको भोलिपल्ट देखि 6 महिना भित्र (प्रान्त) प्रतिवादी गरि, यस निर्णय वदरका लागि मुद्दा दाखिल गर्न सकिनेछ।

इन्चार्ज :

②

जापान

संवत्.....साल.....महिना.....तारिख

को अभिभावक ज्यू

जनस्वास्थ्य केन्द्र

प्रमुख

रोजगारी प्रतिबन्ध सम्बन्धी सूचना पत्र

तपाईंको बच्चालाई, सरुवा रोगको रोकथाम एवम् सरुवा रोगको बिरामीको लागि गरिने उपचार सम्बन्धी कानून (उपरान्त "ऐन" भनिने)को दफा नं. 6 को प्रावधान बमोजिम क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भएको कुरा देखिन आएको छ।

यस सम्बन्धमा, चिकित्सा संस्थामा गएर जाँच गराउनुका साथसाथै, ऐनको दफा नं. 18 को अनुच्छेद 2 को प्रावधानमा आधारित रहेर सरुवा रोगको फैलावट रोकथाम गर्नको लागि विभिन्न प्रतिबन्धहरू भएकाले, निम्न लिखित बुँदामा सावधानी अपनाउनुहोस्।

लिखितम्

1 अवस्था

(1) लक्षण

खोकी, खकार, ज्वरो, छाती दुख्ने, श्वासप्रश्वासमा कठिनाइ, अन्य (), केही नभएको

(2) निदान विधि

(3) प्रथम जाँच भएको मिति

(4) निदान मिति

2 प्रतिबन्धको विषयवस्तु

(1) तपाईंको वच्चाले, ग्राहकलाई आतिथ्य प्रदान गर्ने कार्य तथा अन्य धेरै सङ्ख्यामा मानिससँग सम्पर्कमा आउने कार्यहरू गर्न नमिल्ने हुनाले सावधानी अपनाउनुहोस्।

(2) त्यस रोगको कारक तत्व/ जीवाणु नष्ट नभएसम्म, अथवा त्यसको लक्षण नहराएसम्म कार्यहरू प्रतिबन्धित हुनेछन्।

3 अन्य

(1) उक्त सरुवा रोगको लक्षण देखा पर्न छोडेमा, स्वास्थ्य केन्द्र (होकेन्- ज्यो)मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

(2) ऐनको दफा नं. 18 को अनुच्छेद 2 को प्रावधानलाई उल्लङ्घन गरेको खण्डमा, ऐनको दफा नं. 77 को अनुच्छेद 4 को प्रावधान बमोजिम 5 लाख येन सम्मको जरिवाना लाग्नेछ।

(3) ऐनको दफा नं. 18 को अनुच्छेद 3 को प्रावधान बमोजिम स्वास्थ्य केन्द्र प्रमुख प्रति, त्यस प्रतिबन्धबाट फुकुवा भएको

प्रमाणित गरिदिने माग राख्न सक्नुहुनेछ।

(4) यस निर्णय प्रति असन्तुष्टी भएमा, यो निर्णय थाहा पाएको भोलि पल्टको मिति देखि 3 महिना भित्र (प्रान्त) गभर्नर उपर छानविनका लागि माग पेश गर्न सकिनेछ।

(5) यस निर्णय प्रति असन्तुष्टी भएमा, माथि उल्लेखित (4) छान विन माग पेश पत्र वाहेक, यो निर्णय थाहा भएको भोलि पल्ट को मिति देखि 6 महिना भित्र (प्रान्त) लाई प्रतिवादी गरि (यस मुद्दाका लागि (प्रान्त)को प्रतिनिधि (प्रान्त) का गभर्नर हुनेछ।), यस निर्णय वदरका लागि मुद्दा दाखिला गर्न सकिनेछ।

(6) माथि उल्लेखित (4) को छानविन माग पेश गरेमा, त्यस छान विन माग सम्बन्धि फैसला भएको थाहा पाएको भोलिपल्ट देखि 6 महिना भित्र (प्रान्त) प्रतिवादी गरि, यस निर्णय वदरका लागि मुद्दा दाखिल गर्न सकिनेछ।

इन्चार्ज :

③

स्वास्थ्य पत्र सङ्ख्या

जापान संवत्.....साल.....महिना.....तारिख

ज्यू

जनस्वास्थ्य केन्द्र

प्रमुख

अस्पताल भर्ना सिफारिस पत्र

तपाईंलाई सरुवा रोगको रोकथाम एवम् सरुवा रोगको बिरामीको लागि गरिने उपचार सम्बन्धी कानून (उपरान्त "ऐन" भनिने) दफा नं. 6 मा तोकिए अनुसार क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भएको कुरा देखिन आएको छ।

यस सम्बन्धमा, ऐनको दफा नं. 19 को अनुच्छेद 1 (ऐनको दफा नं. 26 अनुरूप लागू)मा आधारित रहेर, निम्न लिखित व्यहोरा मुताबिक अस्पताल भर्ना गर्न सिफारिस गर्दछौं।

साथै, यस सिफारिस पालना नगरेमा, ऐनको दफा नं. 19 को अनुच्छेद 3 (ऐनको दफा नं. 26 अनुरूप लागू)मा आधारित रहि, अस्पताल भर्ना गर्ने उपाय अवलम्बन गरिने छ।

1 भर्ना हुने चिकित्सालय /संस्था /अस्पताल

- (1) नाम
- (2) ठेगाना

2 अस्पताल भर्ना हुनुपर्ने आवश्यक अवधि

.....साल.....महिना.....तारिख सम्ममा अस्पताल भर्ना हुनुहोस्

3 अस्पताल भर्ना हुने अवधि

.....साल.....महिना.....तारिख बाटसाल.....महिना.....तारिख सम्म

4 अस्पताल भर्ना हुन सिफारिस गर्नुको कारण

- (1) क्षयरोगको फैलावट रोकथाम गर्नको लागि
- (2) क्षयरोगको लक्षण देखा परेकाले

5 अन्य

तपाईंलाई, ऐन को दफा 22 को अनुच्छेद 3 (ऐन को दफा नं 26 अनुरूप)मा आधारित रहेर जनस्वास्थ्य केन्द्र प्रमुखसंग अस्पतालबाट डिस्चार्ज गर्न माग गर्न सक्नुहुनेछ । यस अवस्थामा सरुवा रोगको किटाणु अथवा लक्षण नभएको पुष्टि भएमा ऐन को दफा 22 को अनुच्छेद 3 (ऐन को दफा नं 26 अनुरूप)मा आधारित रहेर तपाईंलाई डिस्चार्ज गर्न सकिने छ।

साथै, ऐनको दफा नं. 24 को 2, अनुच्छेद 1को प्रावधानमा आधारित रहेर, अस्पताल भर्ना हुँदाको समय बीच तपाईंलाई गरिएको उपचार /व्यवहार बारेमा, कागजी अथवा मौखिक रूपमा उजुरी हाल्न सक्नुहुनेछ।

इन्चार्ज :

④

स्वास्थ्य पत्र सङ्ख्या.....

जापान संवत्.....साल.....महिना.....तारिख

ज्यू

जनस्वास्थ्य केन्द्र

प्रमुख

अस्पताल भर्ना सिफारिस पत्र

.....साल.....महिना.....तारिखको स्वास्थ्य पत्र सङ्ख्या..... द्वारा सूचित गरिएको तपाईँ अस्पताल भर्ना हुने बारेमा, सरुवा रोगको रोकथाम एवम् सरुवा रोगको बिरामीको लागि गरिने उपचार सम्बन्धी कानुन (उपरान्त "ऐन" भनिने) को दफा नं. 20 को अनुच्छेद 1 (दफा नं. 26 एवम् दफा नं. 26 को 2 अनुरूप लागू) मा आधारित रहेर, निम्न लिखित व्यहोरा मुताबिक अस्पताल भर्ना हुन सिफारिस गर्दछौं।

साथै, यस सिफारिस पालना नगरेमा, ऐनको दफा नं. 19 को अनुच्छेद 3 (ऐनको दफा नं. 26 अनुरूप लागू)मा आधारित रहि, अस्पताल भर्ना गर्ने उपाय अवलम्बन गरिने छ।

1 भर्ना हुने चिकित्सालय /संस्था /अस्पताल

- (1) नाम
- (2) ठेगाना

2 अस्पताल भर्ना हुने अवधि

साल.....महिना..... तारिख बाट साल.....महिनातारिख सम्म

3 अस्पताल भर्ना हुन सिफारिस गर्नुको कारण

- (1) क्षयरोगको फैलावट रोकथाम गर्नको लागि
- (2) क्षयरोगको लक्षण देखा परेकाले

4 अन्य

तपाईँले, ऐन को दफा २२ को अनुच्छेद 3 (ऐन को दफा नं 26 अनुरूप)मा आधारित रहेर जनस्वास्थ्य केन्द्र प्रमुखसंग अस्पतालबाट डिस्चार्ज गर्न माग गर्न सक्नुहुनेछ । यस अवस्थामा सरुवा रोगको किटाणु अथवा लक्षण नभएको पुष्टि भएमा ऐन को दफा २२ को अनुच्छेद 3 (ऐन को दफा नं 26 अनुरूप)मा आधारित रहेर तपाईँ लाई डिस्चार्ज गर्न सकिने छ।

साथै, ऐनको दफा नं. 24 को 2, अनुच्छेद 1को प्रावधानमा आधारित रहेर, अस्पताल भर्ना हुँदाको समय बीच तपाईँलाई गरिएको उपचार /व्यवहार बारेमा, कागजी अथवा मौखिक रूपमा उजुरी हाल्न सक्नुहुनेछ।

इन्चार्ज :

स्वास्थ्य पत्र सङ्ख्या

⑤

जापान संवत्.....साल.....महिना.....तारिख

ज्यू

जनस्वास्थ्य केन्द्र

प्रमुख

अस्पताल भर्ना समय बढाइएको बारेमा (सूचना)

.....साल.....महिना.....तारिखको स्वास्थ्य पत्र सङ्ख्या.....नं. द्वारा सूचित गरिएको तपाईं अस्पताल भर्ना हुने बारेमा, सरुवा रोगको रोकथाम एवम् सरुवा रोगको बिरामीको लागि गरिने उपचार सम्बन्धी कानून (उपरान्त "ऐन" भनिने) को दफा नं. 20 को अनुच्छेद 4 (दफा नं. 26 एवम् दफा नं. 26 को 2 अनुरूप लागू)मा आधारित रहेर, निम्न लिखित व्यहोरा मुताबिक अस्पताल भर्ना अवधि बढाएका छौं।

1 भर्ना हुने चिकित्सालय /संस्था /अस्पताल

(1) नाम

(2) ठेगाना

2 अस्पताल भर्ना बढाइएको अवधि

.....साल.....महिना.....तारिख बाट.....साल.....महिना.....तारिख सम्म

3 अस्पताल भर्ना अवधि बढाइनुको कारण

(1) क्षयरोगको फैलावट रोकथाम गर्नको लागि

(2) क्षयरोगको लक्षण देखा परेकाले

4 अन्य

तपाईंले, ऐन को दफा 22 को अनुच्छेद 3 (ऐन को दफा नं 26 अनुरूप)मा आधारित रहेर जनस्वास्थ्य केन्द्र प्रमुखसंग अस्पतालबाट डिस्चार्ज गर्न माग गर्न सक्नुहुनेछ । यस अवस्थामा सरुवा रोगको किटाणु अथवा लक्ष्यण नभएको पुष्टि भएमा ऐन को दफा 22 को अनुच्छेद 3 (ऐन को दफा नं 26 अनुरूप)मा आधारित रहेर तपाईंलाई डिस्चार्ज गर्न सकिने छ। साथै, ऐनको दफा नं. 24 को 2, अनुच्छेद 1को प्रावधानमा आधारित रहेर, अस्पताल भर्ना हुँदाको समय बीच तपाईंलाई गरिएको उपचार /व्यवहार बारेमा, कागजी अथवा मौखिक रूपमा उजुरी हाल्न सक्नुहुनेछ।

इन्चार्ज :

⑥

क्षयरोग भनेर निदान भइ अस्पताल भर्ना भए को अवस्थामा • • • (दफा नं. 37)

★ क्षयरोग के हो ?

क्षयरोग भनेको, क्षयरोगको कीटाणु श्वासप्रश्वासबाट भित्र गइ, प्रमुखतया फोक्सोमा संक्रमण गराउने रोग हो। रोग लागेपनि खकारमा क्षयरोगको कीटाणु देखा नपर्ने हलुका खालको भएमा, अन्य व्यक्तिमा सङ्क्रमण हुने खतरा हुँदैन।

खकारमा क्षयरोगको कीटाणु देखा पर्दा भने, खोकदा या हाच्छिउँ गर्दा क्षयरोगको कीटाणु उडेर फैलिइ, त्यस कीटाणु वरिपरिका व्यक्तिले श्वास मार्फत तानेमा सङ्क्रमण हुने सम्भावना हुन्छ। (कथम् कदाचित् क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भइहाले पनि अवश्य बिरामी हुने भन्ने हुँदैन)

क्षयरोग, चिकित्सकको निर्देशन अनुसार औषधि राम्रोसँग (साधारण तया 6 महिना भन्दा बढी) सेवन गरेमा निको हुने रोग हो।

★ क्षयरोगको सूचना दाखिला

क्षयरोग भनेको सरुवा हुने रोग भएकोले, कानूनमा आधारित रहेर, निदान गर्ने चिकित्सकले, बिरामीको ठेगाना, नाम थर, जन्म मिति, लिङ्ग एवम् व्यवसाय आदि स्वास्थ्य केन्द्रमा सूचना दाखिला गर्नुपर्ने व्यवस्था रहेको छ।

चिकित्सकबाट सूचना दाखिला प्राप्त गरेको स्वास्थ्य केन्द्रले, चिकित्सा संस्थाबाट पाएको जानकारीको आधार तथा उक्त व्यक्ति अथवा परिवारसँग कुरा गरेर, लक्षण तथा जीवनयापनको अवस्था आदि बारे सोध्ने गर्दछन्।

★ अस्पताल भर्ना सिफारिस तथा मानव अधिकार संरक्षण

स्वास्थ्य केन्द्रले, सोधपुछको नतिजा, सँगै बसोबास गर्ने व्यक्तिहरूमा क्षयरोग सङ्क्रमण गराउने खतरा भएको क्षयरोग बिरामी भनेर निर्णय गरेको खण्डमा, क्षयरोग-वार्ड भएको चिकित्सा संस्थामा भर्ना हुनको लागि " सरुवा रोगको ऐनमा आधारित अस्पताल भर्ना सिफारिस" गर्नेछ।

बिरामीको मानव अधिकार संरक्षण गर्नको लागि, अस्पताल भर्ना भएको बिरामी अथवा उसका संरक्षकले, आफ्नो धारणा वा उजुरी स्वास्थ्य केन्द्रमा निवेदन गर्न सक्नु हुनेछ।

स्वास्थ्य केन्द्रले, सरुवा रोग छानबिन समिति(खान्सेन्-स्यो सिन्सा क्योउगि-खाइ)का विशेषज्ञ साथै बिरामीको धारणालाई मध्यनजर गरेर "अस्पताल भर्ना सिफारिस" निर्णय गर्दछ।

(नोट) अन्य रोग भएर अस्पताल भर्ना हुनुपर्ने व्यक्ति जसबाट सङ्क्रमणको खतरा नभएमा क्षयरोगको "अस्पताल भर्ना सिफारिस" गरिँदैन।

★ सरकार बाट वहन गरिने उपचार खर्च

"अस्पताल भर्ना सिफारिस" अनुसार, क्षयरोग -वार्ड भएको चिकित्सा संस्थामा भर्ना हुने भए, अस्पतालमा हुने खर्चको केही भाग सरकारी खर्चबाट वहन हुनेछ।

(आय आर्जन हेरेर अस्पतालमा हुनेखर्च सबै सरकारले व्यहोर्नसक्छ।)

सरकारी अनुदान आवेदनमा आधारित रहेर स्वास्थ्यकेन्द्रले "बिरामी कार्ड" जारी गरि, चिकित्सा संस्थामा प्रस्तुत गरेमा उपचार खर्चमा सरकारी अनुदान प्राप्त गर्नसकिन्छ।

★ क्षयरोगी संग सम्पर्कमा आउने व्यक्तिको स्वास्थ्य जाँच

स्वास्थ्य केन्द्रले, आवश्यक परेको बेलामा क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भएको खतरा भएका परिवार तथा दैनिक जीवनयापन गर्दा सम्पर्कमा आउने व्यक्ति प्रति, स्वास्थ्य जाँचको सिफारिस गर्दछ।

सोधपुछ तथा परामर्शकोलागि • •



7



अस्पताल भर्ना सिफारिसमा आधारित अस्पताल भर्ना उपचार खर्च अनुदान प्रणाली (दफा नं.37)



★ लक्षित व्यक्ति

" सरुवा रोगको रोकथाम एवम् सरुवा रोगको बिरामीको लागि गरिने उपचार सम्बन्धी कानून" मा आधारित "अस्पताल भर्ना सिफारिस" एवम् "अस्पताल भर्ना अवधि बढाइएको सूचना" द्वारा क्षयरोग-वार्डमा भर्ना भएर उपचार गराइ रहेका व्यक्ति।

★ लक्षित उपचार खर्च

- ①स्वास्थ्य परीक्षण ②औषधि अथवा उपचार सामग्री परिपूर्ति ③चिकित्सा उपचार तथा अप्रेसन लगायतका अन्य उपचार ④अस्पताल भर्ना एवम् स्वास्थ्य लाभ गराउँदा आइपने स्याहार तथा अन्य नर्सिङ् सेवा(खाना खर्च समेत) (बिमा रकम बाहिरको बेड शुल्क, बिजुलीको बिल, मेडिकल सर्टिफिकेट शुल्क आदि बिमाले नबेहोर्ने खर्च भने सरकारी अनुदान भित्र पर्दैन)

★ आफैँले वहन गर्ने रकम

बिरामी स्वयम्, पति/पत्नी एवम् एउटै परिवारमा जीविका गर्नेहरूको आय अनुसार, खर्चको केही भाग वहन गराइने छ।

* आयकर लाग्ने वार्षिक आयको कुल योग :
14 लाख 70 हजार येन भन्दा कम भए
आफैँले वहन गर्नु नपर्ने (0 येन)

* आयकर लाग्ने वार्षिक आयको कुल योग :
14 लाख 70 हजार येन वा सो भन्दा माथि भए
आफैँले वहन गर्नुपर्ने (20 हजार येन/महिना)



बिमा	सरकारी अनुदान
------	---------------

बिमा	सरकारी अनुदान
------	---------------

★ आवेदनमा आवश्यक पर्ने कागजात

- 1 क्षयरोग उपचार खर्च सरकारी अनुदान आवेदन पत्र ▪ ▪ ▪ स्वास्थ्य केन्द्र अथवा अस्पतालमा उपलब्ध हुन्छ।
- 2 पारिवारिक विवरण पत्र (सेताइ च्योउ-स्यो) [नत्थी गरिएको पत्र नं.1] ▪ ▪ ▪ बाक्लो फ्रेम भित्र मात्र लेख्नुहोस्।
- 3 स्वास्थ्य बिमा प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ▪ ▪ ▪ बिरामीको स्वास्थ्य बिमा प्रमाणपत्र। स्वास्थ्य केन्द्रमा फोटो कपि गरिन्छ।
- 4 बसोबास पत्र (ज्युमिन ह्योउ) (बिरामीसँग एउटै ठेगाना भएका सबै नाता उल्लेख गरिएको पत्र)

5 आयकर प्रमाणित गर्ने कागजात ▪ ▪ पारिवारिक विवरण पत्रमा उल्लेखित व्यक्ति मध्ये, अस्पताल भर्ना खर्च वहन गर्नुपर्ने दायित्व भएका व्यक्ति (नत्थी गरिएको पत्र हेर्नुहोस्)को आयकर प्रमाणित गर्ने कागजात । आय नभएको व्यक्तिले पनि, नभएको प्रमाण देखाउने।

(1) कर निर्धारण निवेदन (खाकुतेइ सिन्कोकु) नभरेका व्यक्ति

क. तलबको आय भएका व्यक्ति ▪ ▪ ▪ कार्यस्थलद्वारा जारी हुने " जापान संवत्.....को * वार्षिक आयकर कट्टी पत्र(गेन्सेन् च्योउ-स्युउ ह्योउ) "

ख. पेन्सन प्राप्त गर्ने व्यक्ति ▪ ▪ ▪ पेन्सन कार्यालयद्वारा जारी हुने " जापान संवत्.....को * पेन्सन आदिको वार्षिक आयकर कट्टी पत्र(गेन्सेन् च्योउ-स्युउ ह्योउ)"

(2) कर निर्धारण निवेदन (खाकुतेइ सिन्कोकु) गरेका व्यक्ति

कर कार्यालयद्वारा जारी हुने "जापान संवत्.....को * कर चुक्ता प्रमाण(नोउजेइ स्योउ-मेइ-स्यो)(1)"



(3) सामाजिक सुरक्षा भत्ता (सेइखाचु होगो) प्राप्त गरेको व्यक्ति

समाज कल्याण कार्यालय(फुकुसि जिमुस्यो)द्वारा जारी हुने " भत्ता प्राप्ती प्रमाण पत्र (ज्यु-क्यू स्योउ-मेइ-स्यो)"

(4) आय नभएको व्यक्ति

नगरपालिका (सियाकु-स्यो) द्वारा जारी हुने "नगर तथा प्रान्तीय कर लागे/नलागेको कर लागत प्रमाण पत्र (हि-खाजेइ स्योउ-मेइ-स्यो)"

* जनवरी 1 तारिख देखि मे 31 तारिख सम्म अस्पताल भर्ना भएका व्यक्तिले ▪ ▪ ▪ दुई वर्ष अगाडिको, जुन 1 तारिख देखि डिसेम्बर 31 तारिख सम्मका व्यक्तिले ▪ ▪ ▪ अघिल्लो वर्षको साथै, मे र जुन महिना दुवैमा पर्ने गरि अस्पताल भर्ना भएका व्यक्तिको लागि दुवै आवश्यक पर्नजान्छ।

★ अन्य

सरकारी अनुदान प्राप्त गरेको अवधिमा ठेगाना, नाम थर, बिमाको प्रकार आदि बदलिएको खण्डमा सम्पर्क गर्नुहोस्।

सोधपुछ तथा परामर्शको लागि ▪ ▪

8

क्षयरोग भनेर निदान भएको अवस्थामा • • • (दफा नं. 37 को 2)

★ क्षयरोग के हो ?

क्षयरोग भनेको, क्षयरोगको कीटाणु श्वासप्रश्वासबाट भित्र गइ, प्रमुखतया फोक्सोमा संक्रमण गराउने रोग हो। रोग लागेपनि खकारमा क्षयरोगको कीटाणु देखा नपर्ने हलुका खालको भएमा, अन्य व्यक्तिमा सङ्क्रमण हुने खतरा हुँदैन।

खकारमा क्षयरोगको कीटाणु देखा पर्दा भने, खोकदा या हाच्छिउँ गर्दा क्षयरोगको कीटाणु उडेर फैलिइ, त्यस कीटाणु वरिपरिका व्यक्तिले श्वास मार्फत तानेमा सङ्क्रमण हुने सम्भावना हुन्छ। (कथम् कदाचित् क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भइहाले पनि अवश्य बिरामी हुने भन्ने हुँदैन)

क्षयरोग, चिकित्सकको निर्देशन अनुसार औषधि राम्रोसँग (साधारणतया 6 महिना भन्दा बढी) सेवन गरेमा निको हुने रोग हो। क्षयरोगको औषधि सेवन गर्न थालेपछि, खकारमा हुने कीटाणु अत्याधिक कम हुन्छ।

★ क्षयरोगको सूचना दाखिला

क्षयरोग भनेको सरुवा हुने रोग भएकोले, कानूनमा आधारित रहेर, निदान गर्ने चिकित्सकले, बिरामीको ठेगाना, नाम थर, जन्म मिति, लिङ्ग एवम् व्यवसाय आदि स्वास्थ्य केन्द्रमा सूचना दाखिला गर्नुपर्ने व्यवस्था रहेको छ।

चिकित्सकबाट सूचना दाखिला प्राप्त गरेको स्वास्थ्य केन्द्रले, चिकित्सा संस्थाबाट पाएको जानकारीको आधार तथा उक्त व्यक्ति अथवा परिवारसँग कुरा गरेर, लक्षण तथा जीवनयापनको अवस्था आदि बारे सोध्ने गर्दछन्।

★ अस्पताल भर्ना सिफारिस र सम्पर्कमा आउने व्यक्तिको स्वास्थ्य परीक्षण

स्वास्थ्य केन्द्रले, सोधपुछको नतिजा, सँगै बसोबास गर्ने व्यक्तिहरूमा क्षयरोग सङ्क्रमण गराउने खतरा भएको क्षयरोग बिरामी भनेर निर्णय गरेको खण्डमा, क्षयरोग-वार्ड भएको चिकित्सा संस्थामा भर्ना हुनको लागि "सरुवा रोगको ऐनमा आधारित अस्पताल भर्ना सिफारिस" गर्नेछन्।

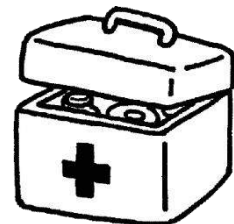
साथै, स्वास्थ्य केन्द्रले, आवश्यक परेको बेलामा क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भएको खतरा भएका परिवार या दैनिक जीवनयापन गर्दा सम्पर्कमा आउने व्यक्ति प्रति, स्वास्थ्य जाँचको सिफारिस गर्न सक्दछ।

(नोट) अन्य रोग भएर अस्पताल भर्ना हुनुपर्ने व्यक्ति जसबाट सङ्क्रमणको खतरा नभएमा क्षयरोगको लागि "अस्पताल भर्ना सिफारिस" गरिँदैन।

★ उपचार खर्चमा सरकारी अनुदान

क्षयरोगको उपचार गर्दा, उपचार खर्च मध्ये केही भाग सरकारी अनुदानबाट वहन गरि, व्यक्तिगत भार कम गरिदिने प्रणाली उपलब्ध छ।

(पछाडिको पृष्ठ हेर्नुहोस्)



9

क्षयरोगको लागि गरिने सामान्य उपचारको खर्च अनुदान प्रणाली
(दफा नं. 37 को 2)

★ लक्षित व्यक्ति

- क्षयरोगका लागि निर्दिष्ट चिकित्सा संस्थाबाट, प्रमुखतया अस्पताल आउने-जाने गर्दै उपचार गराउने, अन्य व्यक्तिलाई संक्रमण गराउने खतरा नभएको व्यक्ति ।
- क्षयरोग बाहेकको रोगको उपचार गर्नको लागि अस्पताल भर्ना भइरहेको र क्षयरोगको उपचार लिइरहेको व्यक्ति ।

★ क्षयरोग लक्षित उपचार खर्च (क्षयरोगको उपचार सम्बन्धी।)

- रसायनिक चिकित्सा पद्धति (औषधि द्वारा हुने उपचार), शल्य चिकित्सा पद्धति(अप्रेसन आदि), हाड जोर्नी क्षयरोग सम्बन्धी चिकित्सा उपचार पद्धति, एक्स-रे, CT स्क्यान, क्षयरोगको कीटाणु परीक्षण, साइड इफेक्ट पत्ता लगाउनको लागि गरिने परीक्षण(रक्त परीक्षण, आँखा रोग परीक्षण, नाक कान घाँटी परीक्षण) आदिमा लाग्ने खर्च।
- शल्य चिकित्सा पद्धति, हाड जोर्नी क्षयरोग सम्बन्धी चिकित्सा उपचार पद्धतिको लागि, अस्पताल भर्ना हुनको लागि चाहिने खर्चको केही भाग र त्यस उपचारमा लाग्ने खर्च।

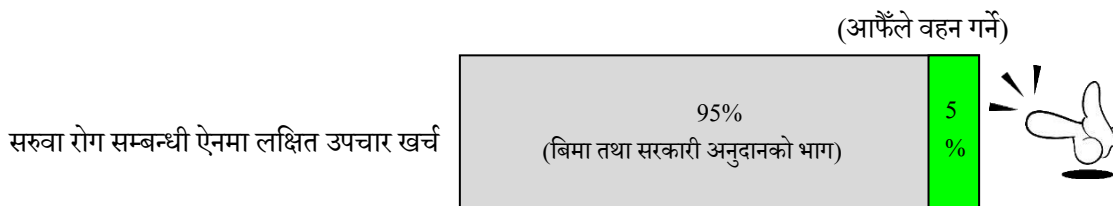
(नोट) प्रथम जाँच शुल्क, पुन जाँच शुल्क, निर्देशन शुल्क, मेडिकल सर्टिफिकेट शुल्क, समन्वय शुल्क भने सरकारी अनुदानको लक्षित शुल्कमा पर्दैन।

★ आवेदनमा आवश्यक पर्ने कागजात (चिकित्सा संस्थाबाट सिधै स्वास्थ्य केन्द्रमा पेस गरिनेछ)

- क्षयरोग उपचार खर्चमा सरकारी अनुदान आवेदन पत्र, निदान पत्र
- एक्स-रे चित्र (आवेदन अगाडि 3 महिना भित्र खिचेको)

★ आफैले वहन गर्नुपर्ने खर्च

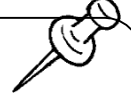
आफैले वहन गर्ने सक्रम लक्षित हुने उपचार खर्च मध्ये 95% बिरामीले सदस्यता लिएको बिमा तथा सरकारी खर्च द्वारा वहन गरिने र बाँकीको 5% आफैले वहन गर्नुपर्ने हुन्छ।



"बिरामी कार्ड"लाई चिकित्सा संस्था तथा क्षयरोगको औषधि लिने औषधि पसलमा देखाउनुहोस ।

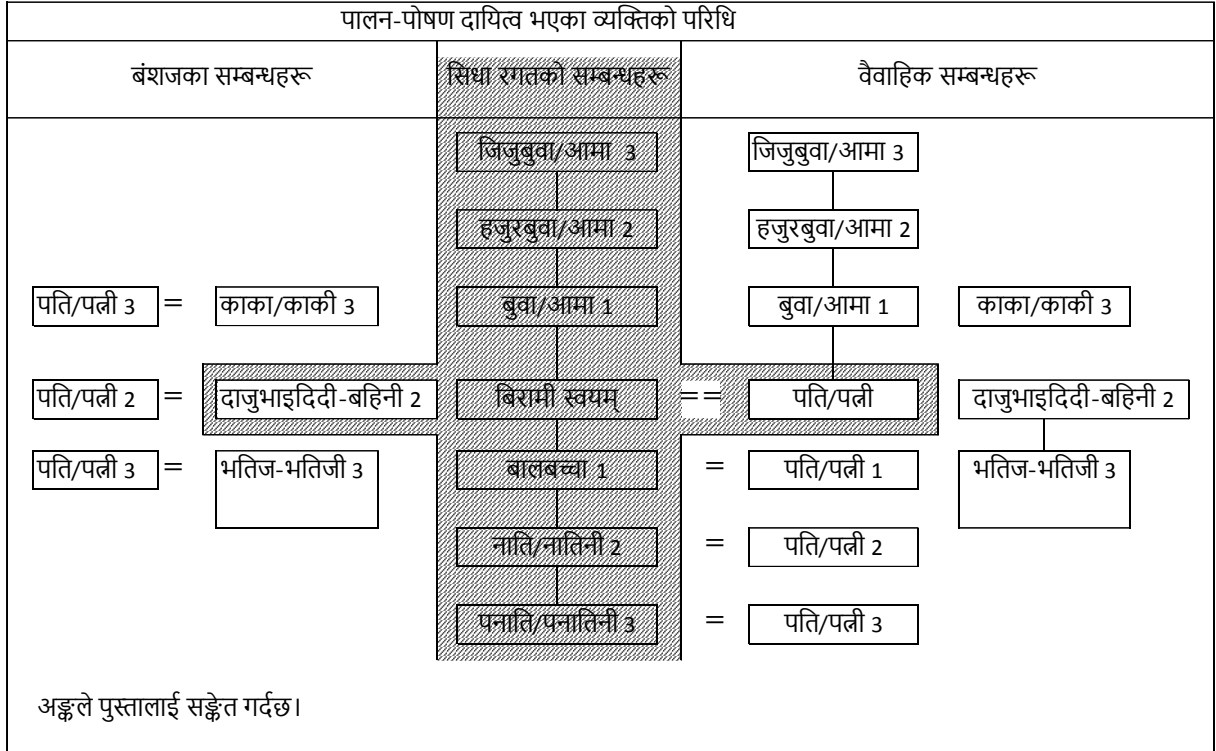
उपचार खर्चमा सरकारी अनुदान लिँदा, "सरकारी अनुदान आवेदन पत्र" स्वास्थ्य केन्द्रमा दर्ता भएको दिनलाई सुरुवातको दिन मानिनेछ।

सोधपुछ तथा परामर्शको लागि • • •



10

अस्पताल भर्ना खर्च वहन गर्ने दायित्व भएका व्यक्तिबारेमा



धर्काले छोपेको भागले पालन-पोषणको दायित्व भएको व्यक्ति जनाउँछ।

यस पालन-पोषण दायित्व भएका व्यक्ति भित्रबाट बिरामी स्वयं संगै जीविका गर्ने व्यक्तिले अस्पताल भर्ना खर्चको दायित्व वहन गर्नुपर्नेछ।

साथै, निम्नअनुरूपको तथ्य मध्ये कुनै एक लागू भएमा सँगै जीविका गर्ने व्यक्ति भनि बुझ्नुपर्दछ।

- ① बसोबासपत्र (ज्यूमिन्-ह्योउ) उपर उही ठेगाना भएको।
- ② स्वास्थ्य बिमा उपर आश्रित परिवारमा दर्ता गरेको।
- ③ कर ऐन उपर आश्रित परिवार स्वरूपको छुट लिइरहेको।
- ④ बिरामीको दैनिक उपभोग्य सामानको खर्च भुक्तानी दिइरहेको।

(दफा नं. 17 को 1 अनुच्छेद सम्बन्धित)

स्वास्थ्य पत्र सङ्ख्या.....

11

जापान संवत्.....साल.....महिना.....तारिख

जनस्वास्थ्य केन्द्र

प्रमुख

स्वास्थ्य निदान सूचना पत्र(सिफारिस)

तपाईं क्षयरोगी सँग सम्पर्कमा रहेकोले क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भएको हुन सक्ने आशङ्का गरिएको छ।

यस सम्बन्धमा, सरुवा रोगको रोकथाम एवम् सरुवा रोगको बिरामीको लागि गरिने उपचार सम्बन्धी कानून (उपरान्त "ऐन" भनिने।) दफा नं. 17 को अनुच्छेद 1 को प्रावधानमा आधारित रहेर निम्न लिखित अवधि सम्ममा चिकित्सकबाट स्वास्थ्य जाँच गराउन सिफारिस गर्दछौं।

साथै, यस सिफारिसको पालना नगरेमा, ऐनको दफा नं. 17 को अनुच्छेद 2 को प्रावधानमा आधारित रहेर स्वास्थ्य जाँचको उपाय अवलम्बन गरिने छ।

नोट

1 स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने कारण

क्षयरोगबाट सङ्क्रमित भएको शङ्का भएकोले

2 जाँच गराउने अवधि

सिफारिस गरिएको दिन देखि जापान संवत्.....साल.....महिना.....तारिख सम्म

3 स्वास्थ्य जाँचको विधि

- छातीको एक्स-रे
- ट्युबरकुलिन रियाक्सन
- QFT परीक्षण (T-spot परीक्षण)
- अन्य(.....)

4 स्वास्थ्य परीक्षण गर्ने स्थान (चिकित्सालय वा स्वास्थ्य केन्द्र)

नाम

ठेगाना

इन्चार्ज :

ベトナム語

①

Bảo vệ sức khỏe..... số.....
Ngày.....tháng.....năm.....

Thông báo về việc hạn chế đi làm việc

Giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe.....
Kính gửi ông/bà.....

Quý vị đã bị nhận định rằng đang bị nhiễm bệnh lao được quy định tại điều 6 của luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũng như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm (Dưới đây gọi tắt là Luật).

Chính vì vậy, căn cứ vào khoản 2 trong điều 18 của Luật, quý vị bị hạn chế đi làm việc với 2 nội dung như dưới đây, mong quý vị hãy chú ý chấp hành.

Trường hợp vi phạm hạn chế đi làm việc này, theo quy định khoản 4 điều 77 của Luật bị phạt tiền dưới mức 500.000 Yen.

Tuy nhiên, theo quy định khoản 3 điều 18 của Luật, trong thời gian bị hạn chế đi làm việc, quý vị có thể trình bày đến giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe, yêu cầu xin được xác nhận không còn là đối tượng bị hạn chế đi làm việc nữa.

1. Tình trạng bệnh

(1) Triệu chứng bệnh

Ho Có đờm Sốt Đau ngực Khó thở, triệu chứng khác () Không

(2) Phương pháp chuẩn đoán

(3) Khám lần đầu ngày..... tháng ... năm.....

(4) Chuẩn đoán bệnh ngày.....tháng.năm.....

2. Nội dung hạn chế đi làm việc

(1) Công việc bị hạn chế

Công việc tiếp khách cũng như tiếp xúc với nhiều người

(2) Thời gian bị hạn chế

Cho đến khi không còn nguồn vi khuẩn gây bệnh trong cơ thể hoặc khỏi triệu chứng bệnh.

3. Nội dung khác

(1) Khi đã khỏi các triệu chứng bệnh truyền nhiễm này, hãy liên lạc cho Trung tâm bảo vệ sức khỏe.

(2) Trường hợp không đồng ý với thông báo này, trong vòng 3 tháng tính từ ngày hôm sau của ngày biết thông báo này, quý vị có thể yêu cầu Chủ tịch tỉnh () thẩm tra lại.

(3) Trường hợp không đồng ý với thông báo này, ngoài việc yêu cầu thẩm tra như (2) ở trên, trong vòng 6 tháng tính từ ngày hôm sau của ngày biết thông báo này, quý vị có thể trở thành nguyên cáo kiện tỉnh () (khi kiện lên tòa thì bị cáo sẽ là đại diện của tỉnh tức là Chủ tịch tỉnh), khởi kiện khiếu nại để xóa bỏ thông báo này.

(4) Trường hợp yêu cầu thẩm tra như (2) ở trên, trong vòng 6 tháng tính từ ngày hôm sau của ngày biết phán quyết về yêu cầu thẩm tra, có thể trở thành nguyên cáo kiện tỉnh, khởi kiện khiếu nại để xóa bỏ thông báo này.

Phụ trách:

②

Bảo vệ sức khỏe... Số...-....

Ngày.. tháng...năm

Thông báo về việc hạn chế đi làm việc

Giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe.....

Kính gửi phụ huynh của

Con của quý vị đã bị nhận định rằng đang bị nhiễm bệnh lao được quy định tại điều 6 của luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũng như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm (Dưới đây gọi tắt là Luật).

Chính vì vậy, quý vị hãy đưa con mình đi khám tại cơ quan y tế, đồng thời căn cứ vào khoản 2 điều 18 của Luật, có những điều cần hạn chế để phòng bệnh truyền nhiễm kéo dài, xin lưu ý những điều như sau:

Nội dung ghi

1. Tình trạng bệnh

- (1) Triệu chứng bệnh

Ho	Có đờm	Sốt	Đau ngực	Khó thở, triệu chứng khác ()	Không
----	--------	-----	----------	-------------------------------	-------

(2) Phương pháp chuẩn đoán

(3) Khám lần đầu ngày..... tháng năm.....

(4) Chuẩn đoán bệnh ngày.....tháng.....năm.....

2. Nội dung hạn chế

(1) Chú ý rằng con của quý vị không được làm công việc tiếp khách cũng như tiếp xúc với nhiều người

(2) Thời gian cần hạn chế là đến khi không còn nguồn vi khuẩn gây bệnh trong cơ thể hoặc khỏi các triệu chứng bệnh.

3. Nội dung khác

(1) Khi đã khỏi các triệu chứng bệnh truyền nhiễm này, hãy liên lạc cho Trung tâm bảo vệ sức khỏe

(2) Trường hợp vi phạm quy định khoản 2 điều 18 của Luật, theo quy định số 4 điều 77 của Luật bị phạt tiền đến dưới mức 500.000 Yen.

(3) Căn cứ vào khoản 3 điều 18 của Luật, có thể trình bày đến giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe, yêu cầu xin được xác nhận không còn là đối tượng bị hạn chế đi làm việc nữa.

(4) Trường hợp không đồng ý với thông báo này, trong vòng 3 tháng tính từ ngày hôm sau của ngày biết thông báo này, quý vị có thể yêu cầu Chủ tịch tỉnh () thẩm tra lại.

(5) Trường hợp không đồng ý với thông báo này, ngoài việc yêu cầu thẩm tra như (4) ở trên, trong vòng 6 tháng tính từ ngày hôm sau của ngày biết thông báo này, quý vị có thể trở thành nguyên cáo kiện tỉnh () (khi kiện lên tòa thì bị cáo sẽ là đại diện của tỉnh tức là Chủ tịch tỉnh), khởi kiện khiếu nại để xóa bỏ thông báo này.

(6) Trường hợp yêu cầu thẩm tra như (4) ở trên, trong vòng 6 tháng tính từ ngày hôm sau của ngày biết phán quyết về yêu cầu thẩm tra, có thể trở thành nguyên cáo kiện tỉnh, khởi kiện khiếu nại để xóa bỏ thông báo này.

Phụ trách:.....

③

Bảo vệ sức khỏe..... Số

Ngày.....tháng.....năm.....

Thư khuyến cáo nhập viện

Giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe.....

Kính gửi ông/bà

Quý vị đã bị nhận định rằng đang bị nhiễm bệnh lao được quy định tại điều 6 của luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũng như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm (Dưới đây gọi tắt là Luật).

Chính vì vậy, căn cứ vào khoản 1 điều 19 của Luật (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật), khuyến cáo quý vị nhập viện với nội dung như sau.

Tuy nhiên, trường hợp nếu quý vị không tuân theo khuyến cáo này, căn cứ vào khoản 3 điều 19 của Luật (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật), có khi sẽ tiến hành các biện pháp để quý vị đi nhập viện.

1. Cơ quan y tế nơi nhập viện

(1) Tên gọi của cơ quan y tế nơi nhập viện :

(2) Địa chỉ :

2 . Thời hạn cần phải nhập viện

Hãy nhập viện đến ngày.... tháng... năm.....

3 . Thời gian nhập viện

Nhập viện từ ngày..... tháng năm..... cho đến ngày..... tháng..... năm.....

4 . Lý do khuyến cáo nhập viện

(1) Để ngăn ngừa bệnh lao bị kéo dài

(2) Do tìm thấy những triệu chứng bệnh lao

5 . Nội dung khác

Căn cứ theo quy định khoản 3 điều 22 của Luật (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật) quý bệnh nhân có thể xin ra viện, thông qua đó, trường hợp được xác nhận không còn nguồn vi khuẩn gây bệnh trong cơ thể, hoặc đã khỏi các triệu chứng bệnh truyền nhiễm này, căn cứ theo quy định

khoản 1 điều 22 của Luật (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật) thì quý bệnh nhân có thể xuất viện.

Ngoài ra, căn cứ theo quy định khoản 1 số 2 điều 24 của Luật, quý bệnh nhân có thể viết đơn thư hoặc trực tiếp nói phàn nàn về các đối xử phải chịu trong thời gian nhập viện

Phụ trách:

④

Bảo vệ sức khỏe..... Số..... ..

Ngày.. ..tháng.. ..năm.....

Thư khuyến cáo nhập viện

Giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe.....

Kính gửi ông/bà

Về việc nhập viện của quý vị như trong thông báo tại Bảo vệ sức khỏe số..... ngày..... tháng..... năm....., căn cứ vào khoản 1 điều 20 (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 và số 2 điều 26) của luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũn như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm (Dưới đây gọi tắt là Luật), khuyến cáo quý vị nhập viện với nội dung như sau.

Tuy nhiên, trường hợp nếu quý vị không tuân theo khuyến cáo này, căn cứ vào khoản 2 điều 20 của Luật (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 và số 2 điều 26 của Luật), có khi sẽ tiến hành các biện pháp để quý vị đi nhập viện.

1. Cơ quan y tế nơi nhập viện

(1) Tên gọi của cơ quan y tế nơi nhập viện :

(2) Địa chỉ :

2. Thời gian nhập viện

Nhập viện từ ngày..... tháng năm..... cho đến ngày..... tháng..... năm.....

3. Lý do khuyến cáo nhập viện

(1) Để ngăn ngừa bệnh lao bị kéo dài

(2) Do được công nhận có triệu chứng bệnh lao

4. Nội dung khác

Căn cứ theo quy định khoản 3 điều 22 (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật) quý bệnh nhân có thể xin ra viện, thông qua đó, trường hợp được xác nhận không còn mang nguồn vi khuẩn gây bệnh trong cơ thể, hoặc đã khỏi các triệu chứng bệnh truyền nhiễm này, căn cứ theo quy định khoản 1 điều 22 của Luật (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật), quý bệnh nhân có thể ra viện.

Ngoài ra, căn cứ theo quy định khoản 1 số 2 điều 24 của Luật, quý bệnh nhân có thể viết đơn thư hoặc trực tiếp nói phàn nàn về các đối xử phải chịu trong thời gian nhập viện.

Phụ trách:

⑤

Bảo vệ sức khỏe..... Số..... ..

Ngày.. .tháng. năm

(Thông báo) về kéo dài thời gian nhập viện

Giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe.....

Kính gửi ông/bà

Về việc nhập viện của quý vị như trong thông báo tại Bảo vệ sức khỏe số.....ngày.....tháng..... năm....., căn cứ vào khoản 4 điều 20 (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 và số 2 điều 26) của luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũn như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm (Dưới đây gọi tắt là Luật), kéo dài thời gian nhập viện của quý vị với nội dung như sau đây.

1.Cơ quan y tế nơi nhập viện

(1) Tên gọi của cơ quan y tế nơi nhập viện :

(2) Địa chỉ :

2. Thời gian kéo dài nhập viện

Nhập viện từ ngày..... tháng năm..... cho đến ngày..... tháng..... năm.....

3. Lý do kéo dài nhập viện

(1) Để ngăn ngừa bệnh lao bị kéo dài

(2) Do được công nhận có triệu chứng bệnh lao

4. Nội dung khác

Căn cứ theo quy định khoản 3 điều 22 (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật) quý bệnh nhân có thể xin ra viện, thông qua đó, trường hợp được xác nhận không còn mang nguồn vi khuẩn gây bệnh trong cơ thể, hoặc đã khỏi các triệu chứng bệnh truyền nhiễm này, căn cứ theo quy định khoản 1 điều 22 của Luật (Áp dụng theo chuẩn mực tại điều 26 của Luật), quý bệnh nhân có thể ra viện.

Ngoài ra, căn cứ theo quy định khoản 1 số 2 điều 24 của Luật, quý bệnh nhân có thể viết đơn thư hoặc trực tiếp nói phàn nàn về các đối xử phải chịu trong thời gian nhập viện.

Phụ trách:.....

⑥

Khi nhận chuẩn đoán bị lao và nhập viện điều trị.... (Điều 37)

★Bệnh lao là gì,

Bệnh lao là bệnh, do nhiễm vi trùng lao theo đường hô hấp, phần lớn gây triệu chứng viêm ở phổi. Tuy phát bệnh nhưng nếu trường hợp ở mức độ nhẹ không thải vi trùng lao ra, thì không có khả năng truyền nhiễm cho người khác.

Trường hợp vi trùng lao có trong đờm, lúc ho hoặc hắt hơi vi trùng lao bắn ra không trung, những người xung quanh khác hít phải thì có khả năng sẽ bị truyền nhiễm vi trùng. (Nếu chẳng may bị truyền nhiễm vi trùng lao, không nhất định rằng sẽ bị phát bệnh)

Bệnh lao là bệnh có thể chữa khỏi, nếu uống thuốc (thông thường từ 6 tháng trở lên) đúng theo chỉ dẫn của bác sĩ.

★Trình báo về bệnh lao

Do bệnh lao là bệnh truyền nhiễm, theo luật pháp qui định, bác sĩ chuẩn đoán phải trình báo cho Trung tâm bảo vệ sức khỏe về địa chỉ cư trú, cùng với họ tên, ngày tháng năm sinh, giới tính và nghề nghiệp của bệnh nhân.

Trung tâm bảo vệ sức khỏe nhận được thông tin trình báo của bác sĩ, căn cứ vào thông tin của cơ quan y tế cũng như gặp mặt bệnh nhân cùng gia đình người thân, hỏi về tình hình trạng triệu chứng và tình hình sinh hoạt của bệnh nhân.

★Khuyến cáo nhập viện và bảo vệ nhân quyền

Trung tâm bảo vệ sức khỏe, tùy theo kết quả tìm hiểu, trường hợp phán đoán được rằng bệnh nhân bị lao có nguy cơ truyền nhiễm bệnh lao sang những người sống cùng, căn cứ vào 「Khuyến cáo nhập viện theo luật định về bệnh truyền nhiễm」 sẽ đưa ra khuyến cáo nhập viện tại cơ quan y tế có chuyên khoa điều trị bệnh lao nội trú.

Để bảo vệ nhân quyền cho bệnh nhân, nếu bệnh nhân đang nhập viện và gia đình của bệnh nhân, ai có ý kiến, hoặc phàn nàn , đều có thể trình báo cho trung tâm bảo vệ sức khỏe.

Trung tâm bảo vệ sức khỏe, sau khi tham khảo ý kiến của bệnh nhân cùng với sự tư vấn của các nhà chuyên môn trong hội đồng kiểm tra hội chuẩn bệnh truyền nhiễm, sẽ quyết định đưa ra 「Khuyến cáo nhập viện」 .

Chú ý: Với trường hợp bệnh nhân cần nhập viện vì bệnh khác, hoặc không có nguy cơ truyền nhiễm bệnh thì không tiến hành 「Khuyến cáo nhập viện」 .

★Chế độ nhà nước hỗ trợ trả tiền điều trị bệnh

Tuân theo 「Khuyến cáo nhập viện, trường hợp nhập viện tại cơ quan y tế có chuyên khoa điều trị bệnh lao nội trú, nhà nước sẽ hỗ trợ một phần tiền điều trị bệnh. (Tùy theo tình hình thu nhập, nhà

nước hỗ trợ trả toàn bộ tiền điều trị bệnh khi nhập viện)

Dựa vào đơn xin nhà nước hỗ trợ trả tiền điều trị bệnh, trung tâm bảo vệ sức khỏe phát hành 「Phiếu bệnh nhân」, khi trình phiếu này cho cơ quan y tế thì được hưởng hỗ trợ tiền điều trị bệnh từ nhà nước.

★Kiểm tra sức khỏe cho người có tiếp xúc với bệnh nhân

Trung tâm bảo vệ sức khỏe, trong trường hợp cần thiết, khuyến khích gia đình hoặc những người tiếp xúc với bệnh nhân trong sinh hoạt hàng ngày có nguy cơ bị truyền nhiễm bệnh lao, đi kiểm tra sức khỏe.

Muốn biết thêm thông tin, tư vấn chi tiết xin liên lạc về...

⑦

Chế độ nhà nước hỗ trợ tiền điều trị bệnh khi nhập viện chữa bệnh theo khuyến cáo nhập viện (Điều 37)

★Người thuộc đối tượng

Đối tượng là người nhập viện chữa bệnh tuân theo 「Khuyến cáo nhập viện」 và 「Thông báo kéo dài thời gian nhập viện」 tại cơ quan y tế có chuyên khoa điều trị bệnh lao nội trú dựa theo 「Luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũng như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm」

★Tiền điều trị thuộc đối tượng được hỗ trợ

- ① Tiền khám bệnh
- ② Chi phí cho vật liệu dùng chữa bệnh hoặc thuốc
- ③ Chi phí những điều trị khác gồm phẫu thuật hoặc xử lý về y khoa
- ④ Chi phí cho điều dưỡng hoặc chăm sóc khi dưỡng bệnh cũng như nhập viện điều trị (Bao gồm cả tiền ăn)

(Tiền nằm giường dịch vụ, tiền điện hoặc tiền giấy chứng nhận bệnh của bác sĩ hay những khoản tiền không được bảo hiểm chi trả thì không thuộc đối tượng được nhà nước hỗ trợ)

★Tiền bệnh nhân phải tự trả

Tuỳ theo thu nhập, gồm thu nhập của bản thân bệnh nhân và người phối ngẫu hoặc những người cùng sống trong gia đình, yêu cầu bệnh nhân tự trả một phần tiền điều trị

* Tổng số tiền thuế thu nhập trong một năm : Dưới 1.470.000 Yen

Tiền bệnh nhân phải tự trả : 0 Yen

Bảo hiểm trả	Nhà nước trả
--------------	--------------

* Tổng số tiền thuế thu nhập trong một năm : Trên 1470000 Yen

Tiền bệnh nhân phải tự trả : 20.000 Yen/ Tháng



Bảo hiểm trả	Nhà nước trả	Bệnh nhân trả
--------------	--------------	---------------

★ Giấy tờ cần thiết khi làm đơn xin

① Đơn xin nhà nước hỗ trợ chi phí y tế bệnh lao... Đơn có ở bệnh viện hoặc trung tâm bảo vệ sức khỏe

② Giấy khai về gia đình [Mẫu riêng số 1]... Hãy điền vào trong khung in đậm nét

③ Photocopy thẻ bảo hiểm sức khỏe... Thẻ bảo hiểm của bệnh nhân, photocopy tại trung tâm bảo vệ sức khỏe

④ Phiếu cư dân (Phiếu có ghi tên bệnh nhân cùng tất cả thành viên cùng trong địa chỉ cư trú kèm mối quan hệ với bệnh nhân)

⑤ Giấy tờ chứng minh số tiền thuế thu nhập... Giấy tờ chứng minh số tiền thuế thu nhập của những người có nghĩa vụ trả tiền phí nhập viện (Đối chiếu tài liệu riêng), trong những người có ghi tên ở giấy khai về gia đình. Kể cả người không có thu nhập, nộp giấy để chứng minh rằng không có.

(1) Người không có khai thuế

a. Người có nhận lương... 「Phiếu trung thu thuế đầu nguồn thu nhập năm※ ...」 do công ty phát hành

b. Người nhận lương hưu Nenkin... 「Phiếu trung thu thuế đầu nguồn tiền Nenkin năm ※...」 do văn phòng lương hưu phát hành

(2) Người có khai thuế

「Giấy chứng nhận nộp thuế năm ※...」 của Sở thuế cấp chứng nhận

(3) Người nhận trợ cấp xã hội

「Giấy chứng nhận đang nhận trợ cấp」 do Văn phòng phúc lợi xã hội cấp

(4) Người không có thu nhập khác

「Giấy chứng nhận không cần nộp thuế thị dân」 do Ủy ban hành chính nơi cư trú cấp

※ Quý vị nhập viện từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 5 nộp giấy chứng nhận của hai năm trước, quý vị nhập viện từ ngày 1 tháng 6 đến ngày 31 tháng 12 nộp giấy chứng nhận của một năm trước.

Tuy nhiên, nếu vào cùng tháng 5 và tháng 6 thì cần cả hai loại giấy chứng nhận.



★ Những điều khác

Trường hợp có thay đổi về bảo hiểm, họ tên, địa chỉ trong thời gian đang hưởng chế độ nhà nước hỗ trợ phí điều trị xin hãy liên lạc cho biết.

Muốn biết thêm thông tin, tư vấn chi tiết xin liên lạc về...

⑧

Khi nhận chuẩn đoán bị bệnh lao..... (Điều 37-2)

★Bệnh lao là gì,

Bệnh lao là bệnh, do nhiễm vi trùng lao theo đường hô hấp, phần lớn gây triệu chứng viêm ở phổi. Tuy phát bệnh nhưng nếu trường hợp ở mức độ nhẹ không thải vi trùng lao ra, thì không có khả năng truyền nhiễm cho người khác.

Trường hợp vi trùng lao có trong đờm, lúc ho hoặc hắt hơi vi trùng lao bắn ra không trung, những người xung quanh khác hít phải thì có khả năng sẽ bị truyền nhiễm vi trùng. (Nếu chẳng may bị truyền nhiễm vi trùng lao, không nhất định rằng sẽ bị phát bệnh)

Bệnh lao là bệnh có thể chữa khỏi, nếu uống thuốc (thông thường từ 6 tháng trở lên) đúng theo chỉ dẫn của bác sĩ.

★Trình báo về bệnh lao

Do bệnh lao là bệnh truyền nhiễm, theo luật pháp qui định, bác sĩ chuẩn đoán phải trình báo cho Trung tâm bảo vệ sức khỏe về địa chỉ cư trú, cùng với họ tên, ngày tháng năm sinh, giới tính và nghề nghiệp của bệnh nhân.

Trung tâm bảo vệ sức khỏe nhận được thông tin trình báo của bác sĩ, căn cứ vào thông tin của cơ quan y tế cũng như gặp mặt bệnh nhân cùng gia đình người thân, hỏi về tình trạng triệu chứng và tình hình sinh hoạt của bệnh nhân.

★Khuyến cáo nhập viện và kiểm tra sức khỏe cho người tiếp xúc với bệnh nhân

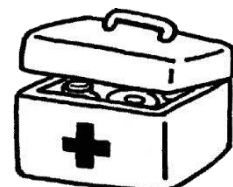
T Trung tâm bảo vệ sức khỏe, tùy theo kết quả tìm hiểu, trường hợp phán đoán được rằng bệnh nhân bị lao có nguy cơ truyền nhiễm bệnh lao sang những người sống cùng, căn cứ vào 「Khuyến cáo nhập viện theo luật định về bệnh truyền nhiễm」 sẽ đưa ra khuyến cáo nhập viện tại cơ quan y tế có chuyên khoa điều trị bệnh lao nội trú.

Trung tâm bảo vệ sức khỏe, trong trường hợp cần thiết khuyến khích gia đình hoặc người tiếp xúc với bệnh nhân trong sinh hoạt hàng ngày có nguy cơ bị truyền nhiễm bệnh lao, đi kiểm tra sức khỏe.

Chú ý: Với trường hợp bệnh nhân cần nhập viện vì bệnh khác, hoặc không có nguy cơ truyền nhiễm bệnh thì không tiến hành 「Khuyến cáo nhập viện」 .

★Chế độ nhà nước hỗ trợ tiền điều trị bệnh

Trường hợp khi bệnh nhân điều trị bệnh lao, nhà nước có chế độ hỗ trợ một phần chi phí điều trị, giảm bớt gánh nặng về số tiền cá nhân người bệnh phải trả. (Tham khảo thêm trang sau)



9

Chế độ nhà nước hỗ trợ tiền điều trị cho bệnh lao thông thường (Điều 37-2)

Người thuộc đối tượng

. Những bệnh nhân không có nguy cơ lây nhiễm cho người khác, phần lớn hiện đang đi khám điều trị ngoại trú tại các cơ quan y tế được chỉ định chuyên khoa chữa trị bệnh lao.

. Những bệnh nhân hiện đang nhập viện điều trị bệnh khác, nhưng cũng đang được điều trị bệnh lao

★ Tiền điều trị thuộc đối tượng được hỗ trợ (Những chi phí liên quan đến điều trị bệnh lao)

. Các chi phí cần cho điều trị bằng hoá chất (điều trị bằng thuốc), điều trị ngoại khoa (phẫu thuật vv), dụng cụ điều trị lao xương khớp, chụp X-quang, chụp CT, kiểm tra vi khuẩn lao, kiểm tra để phát hiện ảnh hưởng của tác dụng phụ (Kiểm tra máu, kiểm tra của khoa mắt, kiểm tra của khoa tai mũi họng)

. Một phần chi phí trong trường hợp nhập viện để điều trị ngoại khoa, dụng cụ hỗ trợ điều trị lao xương và khớp, chi phí cho một số xử lý về y khoa khác

(Chú ý) Tiền khám lần đầu tiên, tiền tái khám, tiền hướng dẫn điều trị, tiền phí giấy chứng nhận bệnh, chi phí của các khoa hợp tác khác không thuộc đối tượng được hưởng chế độ nhà nước hỗ trợ tiền điều trị.

★ Giấy tờ cần thiết khi làm đơn xin (Do cơ quan y tế nộp trực tiếp đến trung tâm bảo vệ sức khỏe)

. Giấy chứng nhận bệnh lao – Đơn xin hưởng chế độ nhà nước hỗ trợ tiền điều trị cho bệnh lao

. Phim hình ảnh chụp X-quang trực tiếp (Phim chụp trong 3 tháng gần nhất)

★ Tiền bệnh nhân phải tự trả

Trong tổng chi phí thuộc tiền điều trị, 95% số tiền được bảo hiểm mà bệnh nhân tham gia và nhà nước hỗ trợ, còn lại 5% thì bệnh nhân phải tự trả.

95% (Nhà nước, bảo hiểm hỗ trợ trả)	(Bệnh nhân tự trả) 5%
--	-----------------------

Chi phí y tế là đối tượng Luật bệnh truyền nhiễm



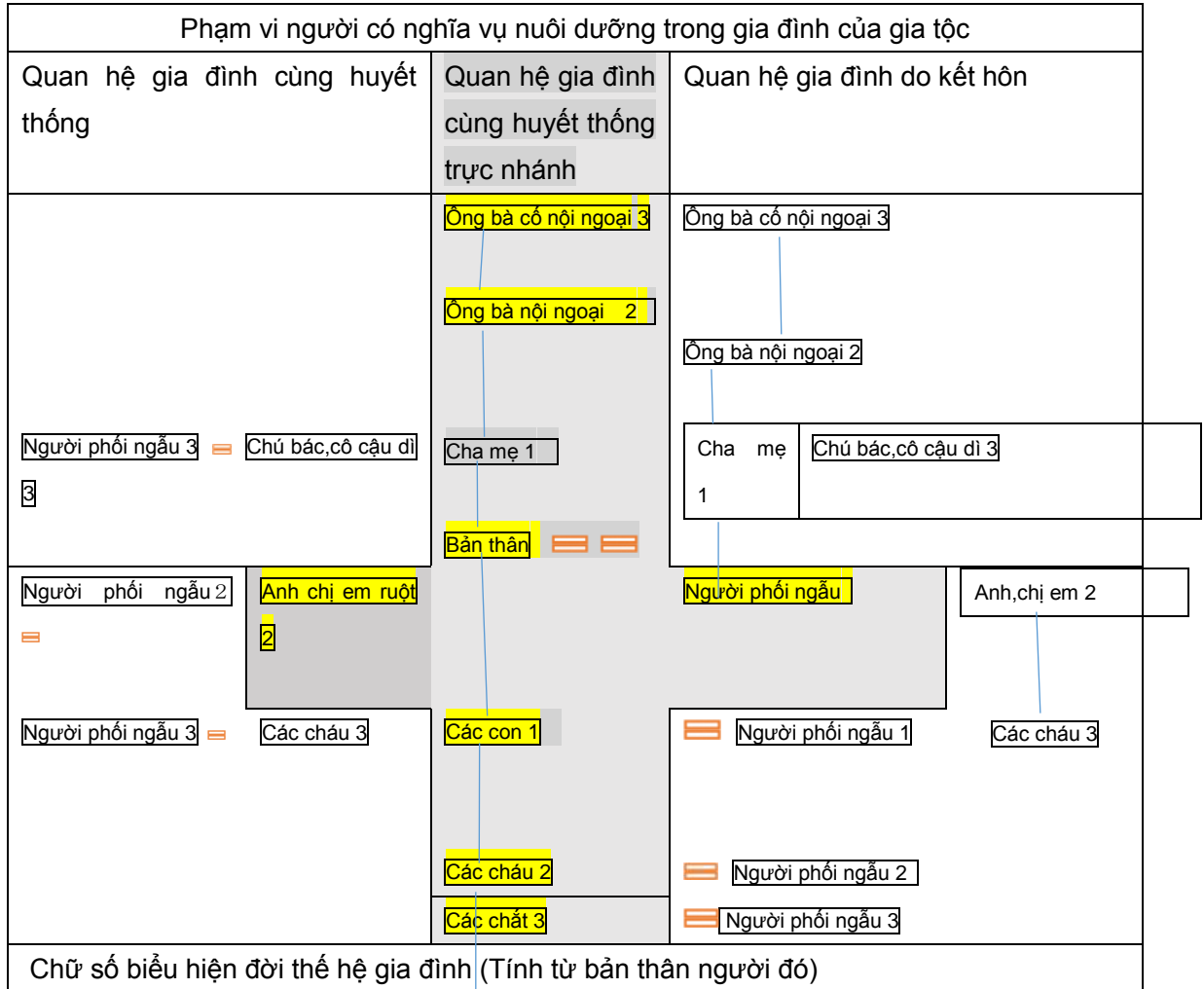
Hãy trình 「Phiếu bệnh nhân」 cho cơ quan y tế, phòng dược nơi nhận thuốc điều trị lao

Ngày được hưởng chế độ nhà nước hỗ trợ tiền điều trị bệnh lao được tính từ ngày trung tâm bảo vệ sức khỏe nhận 「Đơn xin hưởng chế độ nhà nước hỗ trợ tiền điều trị cho bệnh lao」 của quý vị.

Muốn biết thêm thông tin, tư vấn chi tiết xin liên lạc về...

10

VỀ NGƯỜI CÓ NGHĨA VỤ TRẢ TIỀN VIỆN PHÍ



Phần chữ có nền màu trong khung biểu thị phạm vi những người có nghĩa vụ nuôi dưỡng trong gia đình của gia tộc trực nhánh.

Trong phần người có nghĩa vụ nuôi dưỡng thì người có cùng sinh kế với bản thân bệnh nhân cũng được coi là người có nghĩa vụ trả viện phí.

Thêm vào đó, những ai nằm trong trường hợp sau cũng được coi là có cùng sinh kế

- ① Người có tên trong phiếu cư dân ở cùng địa chỉ
- ② Người nhà được nuôi dưỡng có tên trong bảo hiểm sức khỏe
- ③ Người được tính trừ thuế thu nhập với tư cách người nhà được nuôi dưỡng dựa theo luật pháp về thuế
- ④ Người đang chi trả phí đồ dùng hàng ngày cho bệnh nhân.

11

Bảo vệ sức khỏe.....Số ...

Ngày.....tháng.....năm.....

(Liên quan đến khoản 1 điều 17)

Thông báo (khuyến cáo) về việc kiểm tra sức khỏe

Giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe.....

Kính gửi ông/bà.....

Xin thông báo cho quý vị rằng, do quý vị có tiếp xúc với bệnh nhân mắc bệnh lao, nên nghi ngờ có khả năng quý vị bị lây nhiễm bệnh này.

Chính vì lý do này, căn cứ vào khoản 1 điều 17 của luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũng như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm (Dưới đây gọi tắt là Luật), khuyến cáo quý vị nên đi bác sĩ để khám sức khỏe theo thời hạn của thời gian qui định như sau.

Tuy nhiên, trường hợp nếu quý vị không tuân theo khuyến cáo này, căn cứ vào quy định khoản 2 điều 17 của Luật, có khi sẽ tiến hành các biện pháp để quý vị đi kiểm tra sức khỏe.

Nội dung ghi

1.Lý do cần đi khám kiểm tra sức khỏe

Do nghi ngờ có khả năng bị lây nhiễm bệnh lao

2.Thời hạn của thời gian cần đi kiểm tra khám sức khỏe

Từ ngày khuyến cáo đến ngày.....tháng năm.....

3.Các phương pháp kiểm tra xét nghiệm

Chụp phim X-quang trực tiếp lồng ngực

Xét nghiệm phản ứng tuberculin

Xét nghiệm QFT (Xét nghiệm T-SPOT)

Các xét nghiệm kiểm tra khác

4.Nơi khám (Cơ quan y tế hoặc trung tâm bảo vệ sức khỏe)

Tên cơ quan y tế

Địa chỉ.....

Phụ trách:

別添資料 結核についての問診票 (A3 サイズ 日本語対英語)

※この別添資料は、愛知県が運営するウェブサイト
『医療機関等外国人対応マニュアル, Ⅲ保健所・保健センターマニュアル』
40結核についての問診票より編集したものです。
英語原本および多言語版に関しては、以下のウェブサイトでご確認ください。
<http://www.aichi-iryoku-tsuyaku-system.com/manual/>
(英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語・タガログ語・韓国語あり)

【別添資料】

「医療機関等外国人対応マニュアル」～保健所・保健センターマニュアル～（愛知県多文化共生推進室作成）より編集

結核についての問診表（日本語）		Interview Sheet on Tuberculosis (English)			
<ul style="list-style-type: none"> 今からあなたに伺うことは、あなたの結核の治療や、周囲の方の健康の確認のために必要なことです。 あなたに無断で他機関（職場や入国管理局など）に連絡する事はありませんので、正直にお答えください。 困った事があれば連絡してください。 		<ul style="list-style-type: none"> What I will ask you from now is necessary to treat your tuberculosis and certify the health of people around you. Please respond honestly since we will not let other organizations (where you work, Immigration Office and others) know about your information, without your authorization. Please contact if you have any problems. 			
生活背景 Life style	居住歴 Resident history	初めて来日したのはいつですか。日本にいつ頃来ましたか	年 月 日	When did you come to Japan for the first time? Around when did you come to Japan?	/ / (YMD)
		定期的に母国に帰っていますか。	回/月・年	Do you return to your home country regularly?	Times/ (month/year)
		今後帰国する予定がありますか。	年 月 日頃	Do you have a plan to return to your home country in the future?	Around / / (YMD)
		来日してから他に住んでいたところがありますか。	(県 市町村) 年 月～ (県 市町村) 年 月～	After having entered into Japan, have you lived somewhere else?	(City: Pref.) From: / (YM) (City: Pref.) From: / (YM)
		今はどこに住んでいますか。	借家、寮、友人宅、自宅、その他 ()	Where do you live now?	Rented House, Dormitory, Friend's House, Own House, Others ()
		引っ越し予定がありますか。	いいえ ある	Do you have any plan to move?	No * Yes
	通訳者 Interpreter	あなたの身近に通訳のできる人はいますか	いいえ はい	Do you know any interpreter around you?	No * Yes
		日本語を話せる友人はいますか	いいえ はい	Do you have any friends who speak Japanese?	No * Yes
		その友人に来てもらうことはできますか	いいえ はい	Can the friend come here?	No * Yes
		その友人に電話で通訳を頼めますか	いいえ はい	Can we ask him/her to interpret by phone?	No * Yes
		その友人にあなたの病気のことを知らせてもいいですか	いいえ はい	May I let him/her know about your disease?	No * Yes
		その友人の氏名・電話番号 (氏名) (電話番号)	() ()	Name of Friend・Phone number (Name (Phone Number)	() ()
職業・通勤通学	現在の職業はなんですか ()		What is your actual profession? ()		
	1. 接客業 2. 保健師・保育士等 3. 教員・医師等 4. 小中学生等学童 5. 高校生以上の生徒学生等 6. 常用勤労者 7. 臨時雇・日雇 8. 自営業、自由業 9. 家事従事者 10. 乳幼児 11. 無職、その他 () 12. 不明		1. Hospitality industry 2. Health nurse・Preschool teacher and others 3. Teacher, doctor and others 4. Elementary, Middle school student 5. High school student and superior school student 6. Permanent employee 7. Temporary employee/ Day labor 8. Self-employed/Liberal profession 9. Domestic worker 10. Infants/Toddlers 11. Not employed/Others 12. Unknown		

【別添資料】

「医療機関等外国人対応マニュアル」～保健所・保健センターマニュアル～（愛知県多文化共生推進室作成）より編集

Profession/Work, school	現在の勤務・通学先 名称・部署 () 所在地 () 電話 ()	Present work place/School Name/Department () Location () Phone Number ()	
	職場や学校で病気のことを相談できる人がいますか。 () いいえ はい	Do you have any person to talk to about the disease at work-place /school? No * Yes	
	来日してからの勤務歴 () 年 月～ () 年 月 () 年 月～ () 年 月	Professional history after entering into Japan (Workplace) From to (Workplace) From to	
生活 Life	外食や買物などでよく利用する店はどこですか。 ()	Which stores and restaurants do you often visit for out-eating and shopping? ()	
	自宅や通学・勤務先以外で長く過ごすところがありますか。 () いいえ はい	Do you have any place to stay long except for home, school and work place? No * Yes	
	趣味活動・宗教活動・入所通所・その他社会的活動 ()	Hobby, Religious activities, Where and what you belong to, Other social activities ()	
	どの程度利用しますか () 時間 / 日・週・月	How often do you use them? Hours /day・week・month	
喫煙等 Smoking and others	タバコを吸いますか? () いいえ はい (1日__本)	Do you smoke cigarettes? No Yes(cigarettes/day)	
	アルコールを飲みますか 何をどのくらい飲みますか () いいえ はい	Do you drink alcohol? No Yes What and how much do you drink? ()	

【別添資料】

「医療機関等外国人対応マニュアル」～保健所・保健センターマニュアル～（愛知県多文化共生推進室作成）より編集

家族 Family		あなたの家族のことについてお聞きします		Questions regarding your family.	
家族 Family	Family	1. あなたの兄弟・姉妹を年齢順に、男なら♂・女なら♀に○をし、() 内に誕生日を書き入れてください。		1. Circle your brothers and sisters (♂for male and ♀for female) in the order of their ages and write their date of birth in ().	
		<p>[病歴] (氏名 生年月日) (氏名 生年月日) [病歴]</p> <p>[()] (父) ♂</p> <p>[()] (母)</p>		<p>[()] (Father) ♂</p> <p>[()] (Mother) ♀</p>	
		<p>2. あなたと子どもの関係</p> <p>() ♂</p> <p>() ♀</p>		<p>2. Relation between you and your children</p> <p>[()] () ♂</p> <p>[()] () ♀</p>	
健康管理 Healthcare	Insurance	あなたの身の回りで結核の感染源と思われる人がいますか。		Is there anyone around you who you can think as a source of infection?	
		それは誰ですか？ 父，母，兄弟，姉妹，祖父母，叔父叔母，いとこ，その他		Who is that person? Father, mother, brothers, sisters, grandparents, uncles/aunts, cousins and others	
	日本では保険診療制度ですが、健康保険に加入していますか		In Japan we have a Health Insurance System. Are you a health insurance subscriber?		
	何保険ですか〔国保、組合健保、協会けんぽ、後期高齢者、生活保護、他〕		Which kind of insurance do you have? (National Health Insurance, Union Health Insurance, Association Health Insurance, Latter-stage elderly, Public assistance and others)		
	Medical examination / Preventive vaccination	定期的に健診（胸部レントゲン検査）を受ける機会がありますか		Do you have an opportunity to have a regular medical check-up (chest X-ray test)?	
最後に受けたのはいつ頃ですか。		When did you have it last?			
結果はどうでしたか。		How was the result?			
BCGの予防接種を受けたことがありますか		Have you ever had BCG preventive vaccination?			
何歳頃に受けましたか		Approximately what age did you have it?			

【別添資料】

「医療機関等外国人対応マニュアル」～保健所・保健センターマニュアル～（愛知県多文化共生推進室作成）より編集

心配・困りごと Problems / Anxiety	現在困っている事や心配な事がありますか		Do you have any problems or concerns?	
	1. 仕事（休職・退職）のこと	いいえ はい	1.About work (temporary retirement, Retirement).	No Yes
	2. 仲間に結核を知られること	いいえ はい	2.About the matter that your friends may know about your tuberculosis	No Yes
	3. 母国への仕送りのこと	いいえ はい	3.About remittance to home country	No Yes
	4. 在留期限やビザのこと	いいえ はい	4.About period of stay and visa	No Yes
	5. 入院費や生活費などの経済的なこと	いいえ はい	5.About financial problem such as hospitalization fee and living expense	No Yes
	6. 母国への帰国について	いいえ はい	6.Returning to home country	No Yes
	7. 家族の生活の事	いいえ はい	7.About family life	No Yes
	8. 入院や通院について	いいえ はい	8.About hospitalization and hospital visits	No Yes
	9. 病気についての不安がある。	いいえ はい	9.Anxiety of disease	No Yes
	10. 言葉や文化・習慣の違いの問題がある	いいえ はい	10.About differences among language, culture and custom.	No Yes
	11. ホームシックにかかっている	いいえ はい	11.Feeling homesick	No Yes
	12. 人間関係の問題がある (a. 家族、b. 職場、c. 友人/知人、d. 患者同士、e. 医師/看護師、f. その他)	() いいえ はい	12. About a problem of human relationship () (a. Family, b.Work place, c. Friends and acquaintances, d.patients e. doctors/nurses f, Others)	() No Yes
13. その他()	いいえ はい	13.others ()	No Yes	
あなたが結核の診断を受けた事を知っているのは誰ですか。 (父、母、兄弟姉妹、おじ、おば、友人、職場、その他)		Who knows that you are diagnosed with tuberculosis? (Father, mother, brothers and sisters, uncles, aunts, friends, co-workers and others)		
あなたが結核の診断を受けた事伝えてもいいのは誰ですか。 (父、母、兄弟姉妹、おじ、おば、友人、職場、その他)		Who can we tell that you are diagnosed with tuberculosis? (Father, mother, brothers and sisters, uncles, aunts, friends, co-workers and others)		
結核 Tuberculosis	日本に来る前に結核と診断されたことはありますか		Before coming to Japan, have you been diagnosed with tuberculosis?	
	いつ頃のことですか。 年 月 頃		Approximately when? Around Month Year	
	結核の薬を飲みましたか？。期間()		Have you had any medication for tuberculosis? No Yes ()	
	治療した薬の名前が分かっていたら書いてください		If you know the name of medications, please list them. ()	
既往歴 Medical history	そのほかに診断や治療を受けた病気がありますか？		Have you had any other diseases which were diagnosed or treated? No Yes	
	それはどんな病気ですか？ 1. 胃腸の病気（胃手術） 2. 肝臓の病気 3. 心臓の病気 4. 高血圧 5. 呼吸器の病気（塵肺・低肺機能・ぜんそく） 6. がん 7. 糖尿病 8. 精神疾患 9. てんかん 10. エイズ 11. その他		What is the disease? 1. Gastrointestinal disorder (stomach surgery) 2. Liver disease 3. Cardiovascular disease 4. High blood pressure 5. Respiratory disorder (Pneumoconiosis, Impaired pulmonary function, athma) 6. Cancer 7. Diabetes 8. Mental disorder 9. Epilepsy 10. AIDS 11. Others	

【別添資料】

「医療機関等外国人対応マニュアル」～保健所・保健センターマニュアル～（愛知県多文化共生推進室作成）より編集

現病歴 History of present illness	現在治療中の病気がありますか？ それはどんな病気ですか？ 1. 胃腸の病気 (胃手術) 2. 肝臓の病気 3. 心臓の病気 4. 高血圧 5. 呼吸器の病気 (塵肺・低肺機能・ぜんそく) 6. がん 7. 糖尿病 8. 精神疾患 9. てんかん 10. エイズ 11. その他	いいえ はい ()	Are you currently under any medical treatment? What is the disease? 1. Gastrointestinal disorder (stomach surgery) 2. Liver disease 3. Cardiovascular disease 4. High blood pressure 5. Respiratory disorder (Pneumoconiosis, Impaired pulmonary function, athma) 6. Cancer 7. Diabetes 8. Mental disorder 9. Epilepsy 10. AIDS 11. Others	No Yes ()
内服状況 Medications	現在内服している薬がありますか？ あれば見せてください ・ 薬の名前を書いてください ・ 次回持ってきてください	いいえ はい ()	Do you take any medication at present? If you have them now, please show me them. ・ Please write the name of medication. ・ Please bring them for the next time.	No Yes ()
副作用 Side effects	今までに、薬、注射などで気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？	いいえ はい	Have you ever had a feeling sick, rash after taking medication or injection?	No Yes
症状 Symptoms	以下の症状がありますか。あった場合はいつ頃から始まったのか教えてください。 1. 咳 2. 痰 3. 喘鳴 4. 血痰 5. 喀血 6. 発熱 7. 胸痛・背部痛 8. 寝汗 9. 体重減少 10. 食欲不振 11. 倦怠感 12. その他 ()	ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ない わからない ある 年 月 日頃から ()	Do you have the following symptoms? If yes, please let us know since when you have had it. 1. Cough 2. Phlegm 3. Panting sound 4. Bloody phlegm 5. Hemoptisis 6. Fever 7. Chest pain, back pain 8. Night sweat 9. Weight loss 10. Loss of appetite 11. Tiredness 12. Others ()	No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD) No. I don't know. Yes, from about (YMD)
服薬方法 Method of taking medication	内用薬 ① 粉薬 ② 水薬 ③ 錠剤 ④ カプセル 用法・用量は必ずお守りください ・ 一回 () 錠、() カプセル、() 包 ・ 一日 (1, 2, 3) 回のものでください ・ (朝、昼、夕、ねる前) に服用してください ・ (食前、食後、食間) に服用してください まれに、発疹、食欲不振、悪心、めまいなどが起こることがあります 尿の色が赤くなる場合がありますが、心配ありません あなたが薬を飲むのを支援してくれる人がいますか？ それは誰ですか	いいえ はい ()	Oral medicine 1. Powdered medicine 2. Liquid medicine 3. Pill 4. Capsule Please be sure to follow the instruction of usage and dosage. () pills, () capsules, () wraps per time Please take (1,2,3) times per day. Please take (morning, afternoon, evening, before-sleep). Please take (before meal, after meele, between meals) Rash, loss of appetite, nausea, dizziness and others may rarely occur. You may have red urine, but it is not to be worried. Do you have anyone to support you to take medication? Who is that person?	No Yes ()

【別添資料】

「医療機関等外国人対応マニュアル」～保健所・保健センターマニュアル～（愛知県多文化共生推進室作成）より編集

DOTS	<ul style="list-style-type: none"> 毎日決められた時間（時 朝食後、昼食後、夕食後）に薬をのむ 	Take medication at determined time. At ()o'clock after breakfast, after lunch, after dinner
	<ul style="list-style-type: none"> 薬を飲んだら（手帳・カレンダー）に○をつける 	After taking medication, write a note on the organizer or calendar.
	<ul style="list-style-type: none"> 空き袋・PTPシートをとっておき、保健師に会った時に渡す 	Keep the bags which contained medicines and PTP sheet and hand out to health nurse.
	<ul style="list-style-type: none"> 保健師と一緒に病院に行く（月 日 時 分） 	Go to hospital with health nurse (on (Month) (Day) at o'clock)
	<ul style="list-style-type: none"> 病院にどうやって受診しますか（徒歩、自転車、バス、自家用車） 	How do you visit hospital? (By walk, by bicycle, by bus, by car)
	<ul style="list-style-type: none"> 次に受診するのはいつですか 	When is the next hospital visit?
	<ul style="list-style-type: none"> 1. 内科 月 日 (月・火・水・木・金・土・日) 時 分 2. 眼科 月 日 (月・火・水・木・金・土・日) 時 分 3. 耳鼻科 月 日 (月・火・水・木・金・土・日) 時 分 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Internal medicine: (month) (day), (Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun) at : am/pm 2. Ophthalmology: (month) (day), (Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun) at : am/pm 3. Otolaryngology: (month) (day), (Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun) at : am/pm
	<ul style="list-style-type: none"> 薬を飲み忘れた日はありますか。 いいえ はい 	Do you have any days that you forgot to take medicines? No Yes
	<ul style="list-style-type: none"> 月 日から 月 日の間で 日分くらい忘れた 	I have forgotten about it from (Month) (Day) to (Month) (Day) for days.
	<ul style="list-style-type: none"> 手帳を見せてください 	Please show me your organizer.
	<ul style="list-style-type: none"> 電話でお薬が飲んでいることを確認します。 	I will verify if you are taking medication by phone.
	<ul style="list-style-type: none"> 少なくとも6・9か月の治療が必要です。 	It is necessary to have a treatment for 6 to 9 months at least.
<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示通り内服してください。勝手に飲むのをやめたり、飲む量を変えてはいけません。 	Please take it according to doctor's instruction. You must not quit taking medication and change the dosage without an authorization.	
<ul style="list-style-type: none"> 咳が出るときはマスク（ガーゼや不織布のもので可）をかけてください。 	When you cough, please use a mask (made of gaze or non-woven fabrics).	
症状 / 副作用 Symptoms/s ide effects	なにか気になる症状はありますか いいえ はい [結核による症状] 1. 咳が出る 2. 痰が出る 3. 熱がある 4. 息苦しい 5. 体がだるい 6. 体重が減った [副作用] 1. 食欲不振 2. 吐き気 3. 関節痛 4. 指先や下肢のしびれ 5. 発疹がある* 6. 皮膚がかゆい 7. 物が見えにくくなった 8. めまい 9. 耳鳴り、難聴 10. 血液の検査で異常があった	Do you have any concerned symptoms? No Yes [Symptoms caused by tuberculosis] 1.Cough 2.Phlegm 3.Fever 4. Being stuffy 5. Dullness 6.Weight loss [Side effects] 1.Loss of appetite 2.Nausea 3.Joint pain 4.Numbness on finger tips and feet 5.Rash 6.Skin itches 7.Vision problem 8. Dizziness 9.Ringing in the ears, hearing impairment 10.Abnormality of blood test
連絡先 Contact informatio n		

平成 30 年度 地域保健総合推進事業

グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発途上国に対する
日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索（全国保健所長会グローバルヘルス研究班）

「保健行政のための多言語行政文書集 第 1 版」

発行日 平成 31 年 3 月 11 日

編集・発行 日本公衆衛生協会

分担事業者 剣 陽子（熊本県御船保健所長）

〒861-3206 熊本県上益城郡御船町辺田見 4 0 0

TEL 0 9 6 - 2 8 2 - 0 0 1 6

FAX 0 9 6 - 2 8 2 - 3 1 1 7