

ID:

国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構 QST 病院

炭素イオン線治療を検討される方へのお知らせと、支援行為に関する免責同意書

国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構 QST 病院（以下、「QST 病院」という。）では、貴殿が炭素イオン線治療の受診を検討する間、又は受診に際しての QST 病院での相談、協議、検査、治療の期間中に、治療を受けるための必要書類の作成・交付、及び治療に際しての説明は、QST 病院が用意した幾つかの英文書式を除き、全て日本語で行います。QST 病院の職員が英語でお話をする場合がありますが、QST 病院及びその職員は、QST 病院が用意した英文書式を除き、日本語以外の説明・文書につき、その正確性、完全性を一切保証しません。そのため、貴殿は、書類や説明の内容についての通訳や翻訳、その他通院の同伴・入院中の世話等のサービス（以下、「支援サービス」と総称します。）が必要になるかも知れません。

残念ながら、QST 病院及びその職員は、貴殿に支援サービスを提供することはできず、支援サービスに関する金銭的・法的責任を負うこともありません。さらに支援サービスを提供する会社／者（以下、「支援提供者」といいます）について何らの推奨もいたしません。貴殿において、支援提供者の必要性を検討し、ご自身で手配して契約をして下さい。

どうぞこれらの点をご理解下さい。貴殿の治療が順調に進むことを切に願っております。

上記の点をご理解いただけました場合は、以下のボックスにチェック入れて下さい。

- A 私は、支援提供者と契約し、支援サービスを受けます。私は、QST 病院の医療スタッフに、これらの支援提供者（法人等の場合には、その担当者）のリストを提出します。
- 私は、QST 病院がこれらの支援提供者に対して、私の心身の状況及び治療に関する情報の全てを開示することを承諾します。
 - 私は、支援提供者の翻訳・通訳の正確さがあり得ること、その結果、私の誤解、理解の困難があり得ることを認識し、私の誤解、理解の困難を私自身の責任として引受け、派生する一切の損害は私自身の責任であることに同意し、私の誤解、理解の困難から生じた全て請求、費用、損害賠償及び責任から QST 病院を免責します。
- B 私は、支援提供者による支援サービスを使用しません。今後、言語の問題から生じる私の誤解、理解の困難があり得ることを認識し、私の誤解、理解の困難を私自身の責任として引受け、派生する一切の損害は私自身の責任であることに同意し、私の誤解、理解の困難から生じた全て請求、費用、損害賠償及び責任から QST 病院を免責します。

なお、貴殿が、後日、本書と異なる選択をされる場合には、お知らせください。貴殿の新たな選択について、再度、この書式に記入いただきます。

上記を理解していただいた証として、以下にお名前と日付をご記入下さい。

患者の名前（記名）

署名（サイン）

年 月 日

署名の日付（西暦）

本人確認のための公的証明書（どれかにチェック）

パスポート 国籍 _____ 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代理受診でパスポートなしの場合、自国発行の顔写真付き公的証明書でも可。

公的証明書の有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

在留証明書 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本発行の公的証明書（運転免許証等、マイナンバーカード等）でも可。

公的証明書の有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

QST 病院職員（自署）

年 月 日

署名の日付（西暦）

ID:

QST Hospital, National Institutes for Quantum Science and Technology

4-9-1 Anagawa, Inage-ku, Chiba-shi, Chiba 263-8555, Japan

Notice to Those Considering Carbon Ion Radiotherapy (the "CIR") and Medical Services Waiver

In the QST Hospital, National Institutes for Quantum Science and Technology ("QST Hospital"), all documentations and oral explanations as to your treatment, prior to or during CIR treatments, will be made only in the Japanese language, except for a few simple English forms prepared by QST Hospital. While some staff at QST Hospital may speak to you in English, QST Hospital and/or its staff does not guarantee the accuracy or completeness of any explanations or documents made in any other language than Japanese, except for the English forms prepared by QST Hospital. Accordingly, you may need interpretation or translation services for such explanations and documents, and other assistance in commuting to the Hospital of QST Hospital and communications and receiving care services in the hospital (collectively, the "Services").

Unfortunately, neither QST Hospital nor its staff offer such Services; nor assume monetary or legal responsibility for the Services. Furthermore, QST Hospital and its staff offer no recommendation as to any person or company who provides such Services (the "Service Provider"). You are responsible for determining the necessity of the Service and arranging such Service Provider, if necessary, suitable for you at your own discretion, cost and risk. We thank you for your understanding, and wish you the best in your treatment.

Please check one of the following boxes to confirm your understanding:

- A I retain a Service Provider in receiving the Services. I will submit the list of all Service Providers, including the person in charge if the Service Provider is a company or entity, to the staff at QST Hospital.
 - * I consent to the disclosure by QST Hospital of all information regarding my physical or mental conditions and treatment to the Service Provider; and
 - * I acknowledge that there would be inaccuracies in interpretations or translations by the Service Provider; and as a result of such inaccuracies, I may misunderstand or have difficulties in understanding oral or written explanations by QST Hospital or its staff. I assume full responsibility for my misunderstandings and difficulties; consent to my full liability for any damages arising out of such misunderstandings and/or difficulties; and, release and forever discharge QST Hospital and its staff with respect to all claims, expenses, damages and liabilities arising out of my misunderstandings or difficulties.
- B I do not utilize any Service Provider in receiving the Services. I acknowledge the possibility of any misunderstandings or difficulties in understanding oral or written explanations by QST Hospital or its staff arising out of language problems; accept all responsibilities for any misunderstandings and difficulties; consent to my full liability for any damages arising out of such misunderstandings or difficulties; thus, hereby release and forever discharge QST Hospital and its staff with respect to all claims, expenses, damages and liabilities arising out of such misunderstandings or difficulties.

Please sign and date below to indicate that you have read and fully understood this waiver.

Name (Print)

Signature

Date (DD/MM/YYYY)

Official certificate for ID verification (Check one)

Passport Country: _____ Date of expiry: _____
Date (DD/MM/YYYY)

If a passport is not available, other official certificate with photo is acceptable. Date of expiry: _____

Residence certificate Date of expiry: _____ Date (DD/MM/YYYY)
Date (DD/MM/YYYY)

We can accept a driver's license or other official ID with photo issued in Japan. Date of expiry: _____
Date (DD/MM/YYYY)

Witness:

Name of QST Hospital Staff (Print)

Signature

Date (DD/MM/YYYY)

ID:

翻訳（通訳）者の届出書

国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構 QST 病院御中

私、 は、 翻訳・通訳をされる方 1 の名前

私、 は 翻訳・通訳をされる方 2 の名前

私、 は 翻訳・通訳をされる方 3 の名前

日本語及び 語の双方に堪能なことを証明し、下記の患者様のために、
翻訳・通訳をする言語

 年 月 日から、正確かつ完全な翻訳及び通訳をいたします。
最初の日付

通訳をされる方 1 の名前を自筆で

 年 月 日
署名の日付（西暦）

通訳をされる方 2 の名前を自筆で

 年 月 日
署名の日付（西暦）

通訳をされる方 3 の名前を自筆で

 年 月 日
署名の日付（西暦）

*通訳をされる方が複数いる場合は、全員署名をお願い致します。

上記を確認して、貴病院に本書を提出します。

翻訳者／通訳者の ID 確認方法 （原本のコピーを添付）

パスポート、運転免許、在留カード、その他： 通訳される方 1

パスポート、運転免許、在留カード、その他： 通訳される方 2

パスポート、運転免許、在留カード、その他： 通訳される方 3

患者様の名前（記名）

署名（サイン）

 年 月 日
署名の日付（西暦）

ID:

解約の通知

_____ は _____ 年 _____ 月 _____ 日以後は
通訳をされる方 1 の名前 日付 (西暦)

翻訳者／通訳者として働いてはおりません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日
患者様の名前 署名の日付 (西暦)

解約の通知

_____ は _____ 年 _____ 月 _____ 日以後は
通訳をされる方 2 の名前 日付 (西暦)

翻訳者／通訳者として働いてはおりません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日
患者様の名前 署名の日付 (西暦)

解約の通知

_____ は _____ 年 _____ 月 _____ 日以後は
通訳をされる方 3 の名前 日付 (西暦)

翻訳者／通訳者として働いてはおりません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日
患者様の名前 署名の日付 (西暦)

ID:

TO: QST Hospital, National Institutes for Quantum Science and Technology
4-9-1 Anagawa, Inage-ku, Chiba-shi, Chiba 263-8555, Japan

Notice of Translator/Interpreter

I, _____,
Name of translator/interpreter 1

I, _____,
Name of translator/interpreter 2

I, _____,
Name of translator/interpreter 3

hereby certify that I am competent in both Japanese and _____
Non-Japanese language
languages; and that I will provide an accurate and complete translation/interpretation for the patient
stated below starting from _____.
Starting Date (DD/MM/YYYY)

Signature by translator/interpreter 1

Date (DD/MM/YYYY)

Signature by translator/interpreter 2

Date (DD/MM/YYYY)

Signature by translator/interpreter 3

Date (DD/MM/YYYY)

Translator/Interpreter's ID Verification (Copy of the ID is to be attached):

Passport, Driving License, Resident Card, Other: _____ translator/interpreter 1

Passport, Driving License, Resident Card, Other: _____ translator/interpreter 2

Passport, Driving License, Resident Card, Other: _____ translator/interpreter 3

I hereby attest and submit this Certificate to QST Hospital.

Print the name of Patient

Signature by Patient

Date (DD/MM/YYYY)

ID:

TERMINATION NOTICE

_____ is no longer serving as my translator/interpreter
Translator 1 Name

as from _____
Date (DD/MM/YYYY)

Patient Signature

Date (DD/MM/YYYY)

TERMINATION NOTICE

_____ is no longer serving as my translator/interpreter
Translator 2 Name

as from _____
Date (DD/MM/YYYY)

Patient Signature

Date (DD/MM/YYYY)

TERMINATION NOTICE

_____ is no longer serving as my translator/interpreter
Translator 3 Name

as from _____
Date (DD/MM/YYYY)

Patient Signature

Date (DD/MM/YYYY)