

Confirming Letter for SOFA(COVID-19)

ID:

軍関係確認証(COVID-19)

Due to our hospital regulation, patients under the SOFA must provide a signature of his/her supervisor OR patient's SSN or DoD ID number to receive consultation or treatment at our hospital. On your visit, we must confirm that you are free from infection of COVID-19.

We appreciate your understanding and cooperation for preventing the nosocomial infection and maintaining the quality of our medical services. Please sign if you agree.

新型コロナウイルス流行に伴い、当院の患者受入れに関する制限が一時的に発生しております。院内感染を事前に防ぐ為、SOFAに属する患者様へは、職場や家庭内での感染兆候を否定する証明として、来院前に職場上司からの許可証、もしくは患者様ご自身のSSNやDoD IDをご提示頂き、本内容へ同意頂けますようお願い申し上げます。院内感染予防を促し、今後の医療体制の維持に向けて、ご理解とご協力をお願い致します。

•Patient occupation/ 患者職業: _____

•Business address/ 勤務先: _____ Unit _____ Work phone _____

•Mass infection around you/ 集団感染兆候: Yes • No

•Contact with COVID-19 patient(s): Yes • No When/ いつ: (y m d)
COVID-19陽性患者との接触の有無:

→ Onset date of the patient(s) (y m d) Number of patient(s) (person(s))
→ 発症日 感染人数

•Latest access to military base: (y m d) Where/どこ: ()
直近の基地への出入り

【For supervisor/ evaluator】/ 上司記入欄

I, _____ guarantee that the staff/ student/ their family member, _____ has no risk for COVID-19 infection includes mass infection around the place he/ she lives, therefore, visiting to Chubu Tokushukai Hospital on y _____ m _____ d _____ is permitted.

私 _____ は職員(生徒)またはその家族 _____、につきまして、上記内容を加味した上、職場(学校内)での集団感染を含める新型コロナ感染の可能性は低いと考え、_____年 _____月 _____日の貴院(中部徳洲会病院)への来院が可能である事を許可します。

Date / 日付: _____ y _____ m _____ d

Name of work place(school)/ 職場名(学校名): _____

Main phone number/ 代表番号: _____

Name/ 名前: _____ Title/ 役職: _____

Signature / サイン: _____

【To patient】 You must provide your information listed below if you won't be able to receive the signature from your supervisor/person in charge for some reasons. 上司からの承認がもらえない場合は、下記の情報提供をお願いします。

1.SSN or DoD ID Number _____ 2.Name / 名前 _____

3.Date of birth / 生年月日 _____ 4.Signature/サイン _____ 5.Date/日付 _____

※Please be advised that this letter doesn't hold any guarantee to receive consultation or treatment.

The advisability of acceptance will be determined by the doctor.

※If there's any lack of or false statement on above, you may not able to be seen by the doctor.

※We might contact with the supervisor/evaluator who signed for confirmation.

注:本許可証は必ずしも受診を保証するものではありません。

病院受入れの可否につきましては、医師の判断となります。

注:実際と異なる記載内容又は不備があった場合、受診出来ない場合がございます。

注:ご署名頂いた上司または代表者番号へ確認させて頂く場合がございます。