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 aturanUU Pasal

22, Paragraf 3 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26). Sebagai akibatnya, Apabila tubuh Anda sudah

dinyatakan tidak memiliki kuman penyakit menular yang bersangkutan atau gejal-gejala penyakit

menular yang bersangkutan sudah hilang, rawat inap Anda dapat diselesaikan berdasarkan UU Pasal

22, Paragraf 1 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26).

Berdasarkan peratuan 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_