

# グアム人工透析・お申込み要項

弊社マイクロネシア・アシスタンス・インク（mai）では、グアムの日本人旅行者の方々への緊急援護サービスとして日本語での 24 時間電話対応、及び、通訳アシスタント派遣サービス、送迎付き受診アシスタント、夜間ホテル往診サービスなど 24 時間 360 日ご提供しております。また、人工透析を必要とされる旅行者の方々に、透析予約代行手配、及び、現地送迎付きアシスタント・サービスも行っております。 ホテルから車で約 15 分程度の距離に 5 か所施設をもつ US Renal Care (US レーナルケア) 社を手配しております。

## グアム透析センターの営業時間と料金 [www.usrenalcare.com/](http://www.usrenalcare.com/)

- 営業時間： 月曜日～土曜日 午前 7 時～午後 9 時
- 休業日： 毎日曜日、1 月 1 日（元旦）、12 月 25 日（クリスマス）
- 透析料金： **US\$475.00**（初回エポジン 1000 ユニット含）改 2017 年追加エポジン \$25.00～
- 透析料金支払い方法：US ドル現金 タモンセンター：クレジットカード前払い  
シナハニアセンター：当日現金払い（日本円不可）
- 医師検閲料： 初回 **US\$100.00**、滞在期間中 2 回目以降 **US50.00** 改 2018 年 1 月
- 医師検閲料支払い方法：US ドル現金（日本円不可）透析センター隣接の医師所属クリニックへお支払ください。

### 注意事項

- 英語： 適切な医療提供の為、英文書類のご理解や施設スタッフとの英会話が必須です。必要な方は mai 通訳アシスタンスサービスをご利用ください。
- 透析後に直立状態で血圧が安定するまで、センターから出られません。必要な場合、血圧のお薬がセンターから出ますが、通常服用されているお薬のご持参をお勧めいたします。また、透析後のご予定にはゆとりをお持ち下さい。
- 全ての書類提出から予約確定まで、約 2 週間かかります。透析希望日から 30 日以内の検査結果データをもとに作成された全ての書類を速やかにご提出ください。

グアム透析センターがその書類一式をアメリカ本土の本社審査部で承認を受けます。

本土との時差もある為、平日 5 日間前後の審査日数がかかります。不十分なデータに関しては、後日質問や追加書類をリクエストされることもあります。本社で承認されてから、グアムの透析センターで予約手続きとなります。

本社承認なくグアムで予約先行はできません。

- リクライニングチェア：現地の患者様はご自分専用のシーツをリクライニングチェアに敷き、その上に座り、ご自分専用の毛布を掛けています。ベッドに寝る感覚でシーツと毛布をお持ちになることをお勧めいたします。
- 服装： 圧迫感のない軽装（カジュアル）、透析に差し支えのない半袖。施設内は雑菌繁殖予防規定に従い、**低温度管理、体感温度 10 度程度**の為、毛布、靴下等をご持参下さい。
- 食事： 食事や飲み物の設備はありません。必要な方はご持参下さい。
- 娯楽： 各透析台（リクライニングシート）、無料テレビが設置（英語音声のみ）、タモン・センターのみ Wi-Fi サービスがあります。
- 透析センターは事前連絡なく料金や条件等を変更することがあります。ご了承ください。

## 弊社マイクロネシア・アシスタンス・インクのサービスと料金: (改2019年5月)

- A. \$240/回 予約代行手配のみ
  - B. \$300/回 現地送迎付き通訳アシスタントのみ
  - C. \$440 フルパッケージ（A+B：予約代行手配、及び、現地送迎付き通訳アシスタント 1 回分込）  
フルパッケージ同一滞在期間内： 2 回目以降の予約手配に追加料金はかかりません。  
2 回目以降の送迎付き通訳アシスタントは \$300/回
- 支払方法：弊社サービス料金のお支払い方法は、US ドル現金、トラベルチェック、ドル建て郵便為替、クレジットカード(VISA・MASTER・JCB) です。
  - 予約代行手配のみのお支払いは、事前にクレジットカード払い(VISA・MASTER・JCB)か、ドル建て郵便為替を弊社宛に送付頂きます。
  - 注意事項： 弊社の送迎付アシスタントを依頼されたお客様は、グアムのホテルチェックイン後にお部屋番号とお迎え時刻、及び、場所の確認をいたしますので、**必ず弊社オフィスまでお電話 (649-8147)** ください。24 時間、日本語対応しております。
  - キャンセル料金：予約手配の書類提示後、予約手配キャンセルの場合 100%。現地送迎付き通訳アシスタントのホテルお迎え時刻から 24 時間以内のキャンセルの場合も 100%がかかります。

## 弊社サービスのお申し込み方法:

### A または C 予約代行手配のみ または フルパッケージ のお申し込み方法

予約代行手配サービスをご希望の際は、**透析希望日の20日前までに**、以下の**7種類の書類全て揃えて**、弊社までファックスまたはEメールでご提出ください。主治医様より5点（以下の2～6）の取り寄せが必要です。

FAX: 1-671-649-8140 Eメール: [info@mai-guam.com](mailto:info@mai-guam.com)

- (1) 人工透析予約依頼書（日本語・別紙添付）：希望透析日と弊社のサービス項目選択など必要事項をご記入の上、お申し込み下さい。
- (2) 患者インフォメーションシート PATIENT INFORMATION SHEET（別紙添付）：**30日以内の最新データ（ワクチン接種含む：英文、書式自由）を**指定の用紙に担当医より必ず記入漏れのないよう**英文でご記入頂いてください。**
- (3) US RENAL CARE C-FORM（別紙添付 英文）：透析センター指定用紙に担当医より必ず記入漏れのないよう英文でご記入頂いてください。
- (4) 血液検査結果データ：透析希望日から30日以内の検査機関発行の全ての血液検査結果データを必ず添付して下さい。医師記入欄の裏付けとなる検査データ必須。
- (5) 結核菌検査結果（英文、書式自由）：30日以内の検査結果、以下の3つの内のいずれか1つをご提示下さい。
  - ① PPD結果
  - ② クオンティフェロン TB-G 検査結果
  - ③ 胸部X線撮影検査報告書
- (6) ワクチン接種履歴データ：近年のワクチン接種履歴のデータ
- (7) 支払い誓約書(Uninsured Patient Payment Agreement)：各透析センター指定用紙に、ご記入、ご署名下さい。本書はグアムの透析センターでファイルされるので、書類上のファックス番号に送信は不要です。弊社までご提示ください。

Date: 署名する日

Patient Name: 患者名 ローマ字

Mailing Address: 住所 ローマ字

Mr./Ms. 患者名 ローマ字

I: 患者名 ローマ字

Signature: ご署名（日本語でOK）

Date: 署名した日

1. 必要書類 7 点 (①人工透析予約依頼書、②患者インフォメーションシート 1 枚、③US RENAL CARE C-FORM2 枚、④血液検査結果データ、⑤結核菌検査結果、⑥ワクチン接種歴 ⑦支払い誓約書) 全てを透析希望日の 20 日前に弊社へ提出
2. 弊社からグアム透析センターへ予約申請。US RENALCARE 本部承認手続きに約 1 週間要。書類の不備や質問などセンターから問合せがある場合は、さらに時間がかかります。
3. アメリカ本部が提出書類を承認後、グアム透析センターが予約リスト上で予約時間調整。透析希望日の 2~7 日前に透析開始時刻が確定する。予約確定の連絡が弊社に入り次第、お客様へ回答書をファクス、電話、または、E メールにてご連絡致します。

## B 現地送迎付き通訳アシスタントのみのお申込み方法

透析送迎希望日の 2 週間前までに「人工透析予約依頼書」(日本語・別紙添付)に既に予約されている透析日時とセンター名、センターの電話番号、及び、その他必要事項をご記入の上、ファックスまたは E メールでお申込みください。日にちが迫っている場合は、必ずお電話でご確認ください。

FAX: 1-671-649-8140 E メール: [info@mai-guam.com](mailto:info@mai-guam.com)

車椅子: 透析センターには専用の車椅子がありますので、ご自身の車椅子の持ち込みは不要です。弊社送迎車にて送迎、及び、ご自身の車椅子搬送をご希望の場合には、その旨、特記事項にご記入下さい。

保険: ご帰国後、社会保険または国民健康保険を適応される場合は、「保険適応のためのフォーム」を必ずご持参下さい。詳しくは、市町村の役所にお問い合わせください。ご帰国後、受診証明書取り付けを依頼されますと、別途 \$ 150 が入用となります。

### 現地送迎付き通訳アシスタントをご利用のお客様は

グアムのホテルチェックイン後、弊社 649-8147 まで必ずお電話ください。

お部屋番号とお迎え時刻と場所とお持物の確認の為、必ず弊社までお電話ください。

24 時間、日本語電話対応しておりますので、ご安心ください。

旅行会社様へのお願い:

1. お客様の透析手配をご担当されている場合、人工透析予約依頼書には透析患者様ご本人の連絡先、電話番号や電子メールアドレスをご記入ください。US 透析センターより記入内容について、医療詳細情報をお聞きする場合がございます。
2. お客様より弊社オフィスまで必ずご連絡頂くよう、弊社電話番号 649-8147 をお伝えください。