

# 通 訳 者 派 遣 依 頼 書

【FAX 送信先:0120-961-242】

あいち医療通訳システム事務局 宛

ご依頼日: 平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

ご担当者様名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## ◆患者同意の確認

医療通訳者の派遣(及び負担)について、患者から同意を得た上で、依頼しています。

## ◆希望コース ※2 時間を超えた場合は 1 時間毎に基本額の半額が課金されます。

Aコース 日常的な診療・検査等に対する通訳(通訳料3,000円/2時間)

Bコース 手術前のインフォームド・コンセント等に対応する高度通訳(通訳料5,000円/2時間)

Cコース 特定の曜日・時間帯に派遣する定時通訳(通訳料5,000円/2時間)

## ◆日 時

開始日時 月 日 曜日 午前/午後 時 分

終了予定時間 午前/午後 時 分

## ◆依頼言語 ※「その他」はご希望に沿えない場合があります。

英語  中国語  ポルトガル語  スペイン語  その他 \_\_\_\_\_

## ◆通訳者ご希望性別 ※ご希望に沿えない場合があります。

女性  男性  希望なし

## ◆お待ち合わせ場所

総合受付前  診療科受付前 \_\_\_\_\_ 科  検査室前 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

## ◆通訳を希望する場面 ※通訳が必要な場面すべてにチェックをお願いします。

受付  診察室 \_\_\_\_\_ 科  検査室 \_\_\_\_\_  会計

病室  薬局  その他 \_\_\_\_\_

## ◆通訳する際の参考事項(病状・症状・想定通訳内容等) ※差支えない程度で結構です。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ◆その他特記事項

\_\_\_\_\_

## ◆問合せ先

あいち医療通訳システム事務局 TEL:050-5814-7263 (平日 午前9時～午後5時30分)