

# 医療通訳紹介依頼書兼報告書

申請者 医療機関等名： \_\_\_\_\_

担当者氏名： \_\_\_\_\_

連絡先： Tel. \_\_\_\_\_

※印がある欄は記入不要です。

※受付番号	No.	※受付年月日	年 月 日
依頼言語	ポルトガル語 スペイン語 中国語 フィリピン語 英語 その他：		
医療機関等 責任者	医療機関等名		
	住 所		
	担 当 者 名		
	TEL	FAX	E-mail
患 者	氏 名		
	国 籍	性別	年齢 歳
日 時	第1希望	平成 年 月 日 ( )	時 分から 時 分まで
	第2希望	平成 年 月 日 ( )	時 分から 時 分まで
診療科	科	感染症の有無 (該当番号に○印)	
		1. 感染症にかかっている (疑いがある) (病名： ) 2. 感染症ではない 3. 現時点では不明	
通訳内容 (該当番号に○印)	1. 一般外来                      2. 検査結果の説明                      3. 入院患者への事前説明 4. 入院患者の診療                      5. 手術の説明                      6. 緊急患者の診療 7. その他 具体的に記載してください ( )		
患者の状況または特記事項 <small>通訳の参考となる資料があれば添付下さい。</small>			
※通訳料	¥	※交通費	有 無 (¥ ) (経路)

以下は、診療後ご記入をお願いします。

処理	通訳者名 言語	語
結果	日時 時間数 利用料金額	平成 年 月 日 ( 曜日 ) : ~ : ( 時間 ) ( 円 )
	通訳者の対応	良かった                      まあまあ                      悪かった                      その他 ( )
	通訳者のレベル	良かった                      まあまあ                      悪かった                      その他 ( )
	課題等	
貴病院の通訳体制に ついてお聞かせ下さい。		通訳者の有無                      有 ( 語 )                      無
		課題

※備考	
-----	--

上記にかかる対応に伴って生じる事項に関しては、依頼者側に負っていただきます。  
 皆様からいただいた個人情報医療通訳目的の範囲内で利用いたします。  
 本人の同意なく上記目的以外で利用することはありません。

公益財団法人静岡県国際交流協会  
 〒422-8067 静岡市駿河区南町14-1水の森ビル2階  
 Tel. 054-202-3411 Fax. 054-202-0932 E-mail info@sir.or.jp