

新潟医療通訳センター 医療通訳派遣事前相談フォーム

連絡者 御所属： _____ 御名前： _____
連絡先電話番号： _____ 連絡先メールアドレス： _____

より正確な通訳を行うため、医療通訳が必要とされる方の情報をご存知の範囲でできるだけ詳しくお知らせください。

1. 受診を希望される方の情報・通訳想定内容等

性別： 男性 女性 年齢 ____ 歳 国籍： _____

言語： 英語 中国語 その他： _____ 語

疑われる疾患： _____

処置の内容（予定）： _____

※記入例 血液検査、MRI、術前説明、服薬指導など

特記事項：

(症状や経過、出身国の文化などで配慮が必要な点など、詳しい情報がありましたら、記載して下さい)

~~~~~以下の項目は受診先や受診日時が決まっている場合にご記入ください~~~~~

### 2. 受診予定（希望）の医療機関名・診療科

病院または医院名称 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

### 3. 受診予定（希望）日時

20 年 月 日 曜日

受診予約時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ 通訳業務終了予定時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 4. 医療通訳を要すると予想される場面（該当箇所すべてにチェックしてください）

受付  診察室 \_\_\_\_\_ 科  検査室  病室

会計  院外薬局  その他 \_\_\_\_\_

※記載された個人情報は厳粛に取扱います。また、通訳者は守秘義務を厳守いたします。