（様式２）

医療通訳業務確認票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | - | 受付者名 | |  | | 派遣者名 |  |
| 受付年月日 | | 年 月 日（ ） | | 研修  派遣者名 | ※新人通訳の研修がある場合に記載 |
| 種　　　類 | □新規　　 □継続（直前受付番号　No. 　　　　　　　　 ) | | | | | | |
| 言語 | □中国語　 □スペイン語　□ポルトガル語　□韓国・朝鮮語　□タガログ語  □タイ語　 □ 英語 　 □ベトナム語　　□カンボジア語　□ラオス語  　□ロシア語 □フランス語 □ネパール語　　□その他（　　　　　） | | | | | | |
| 医療機関番号 |  | | 医療機関名 | |  | | |
| 派遣診療科 | □ 内科　　　　　□ 消化器科　　　　 □ 呼吸器科 □ 循環器科  　□ 外科 　 □ 整形外科　　　 □ 形成外科 □ ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科  □ 脳神経外科 □ 神経内科 □ 眼科　　 □ 耳鼻咽喉科  　□ 小児科　 □ 産婦人科　　　 □ 皮膚科　　　 □ 泌尿器科  　□ 歯科　　 □ 放射線科　　 □ 麻酔科　　　 □ 精神科  □ その他( 　　 ) | | | | | | |
| 患者居住地 | 市町村名を記載（　　　　　） 県外の場合は都道府県名を記載（　　　　　） | | | | | | |
| 派 遣 日 時 | 予定　　　　年　　月　　日（ 　）　　時　　分 ～　　時 分 | | | | | | |
| 実績　　　　年　　月　　日（ 　）　　時　　分 ～　　時　　分 | | | | | | |
| コーディネーターブースへの連絡 | 変更連絡　 　月　　日（ 　）　　時　　分 病院:　　　ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ: | | | | | | |
| ｷｬﾝｾﾙ連絡　　月　　日（ 　）　　時　　分 病院:　　　ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ:  □事前キャンセル □通訳みつからず □通訳来院せず □当日キャンセル □患者来院せず  (費用負担なし） （費用負担なし） （費用負担なし）（費用負担あり） (費用負担あり） | | | | | | |
| 通訳内容  （予定） | □ 通常の外来診療　 □ 検査の説明・実施　　□ 検査結果の説明  　□ 入院患者の診療　 □ 手術（前・後）の説明・付き添い  □ 妊婦健診（　　　　　　）　□ 両親学級　　□ 母子１か月健診  □ 予防接種　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 通訳内容  （実績） | □ 通常の外来診療　 □ 検査の説明・実施　　□ 検査結果の説明  　□ 入院患者の診療　 □ 手術（前・後）の説明・付き添い  □ 妊婦健診（　　　　　　）　□ 両親学級　　□ 母子１か月健診  □ 予防接種　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 自由記載欄 |  | | | | | | |
| 医療機関スタッフ業務確認署名 |  | | | | | | |

2019.04