（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