

医療通訳業務確認票

受付番号	19-0001	受付者名	かながわ〇〇	派遣者名	通訳〇〇
		受付年月日	2019年4月1日(月)	研修派遣者名	研修派遣者がいる場合に氏名を記入 ※新人通訳の研修がある場合に記載
種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続(直前受付番号 No. 19-6060)				
言語	<input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> 韓国・朝鮮語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input checked="" type="checkbox"/> タイ語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> カンボジア語 <input type="checkbox"/> ラオス語 <input type="checkbox"/> ロシア語 <input type="checkbox"/> フランス語 <input type="checkbox"/> ネパール語 <input type="checkbox"/> その他( )				
医療機関番号	A-1	医療機関名	〇〇病院		
派遣診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他( )				
患者居住地	市町村名を記載(中井町) 県外の場合は都道府県名を記載( )				
派遣日時	予定 2019年4月9日(火) 9時30分～11時30分				
	実績 2019年4月9日(火) 9時30分～12時15分				
コーディネーターブースへの連絡	変更連絡 4月8日(月) 15時10分 病院: 〇〇 コーディネーター: △△				
	キャンセル連絡 4月8日(月) 11時50分 病院: 〇〇 コーディネーター: △△				
通訳内容(予定)	<input type="checkbox"/> 通常の外來診療 <input checked="" type="checkbox"/> 検査の説明・実施 <input type="checkbox"/> 検査結果の説明 <input type="checkbox"/> 入院患者の診療 <input type="checkbox"/> 手術(前・後)の説明・付き添い <input type="checkbox"/> 妊婦健診( ) <input type="checkbox"/> 両親学級 <input type="checkbox"/> 母子1か月健診 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> その他( )				
通訳内容(実績)	<input type="checkbox"/> 通常の外來診療 <input checked="" type="checkbox"/> 検査の説明・実施 <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果の説明 <input type="checkbox"/> 入院患者の診療 <input type="checkbox"/> 手術(前・後)の説明・付き添い <input type="checkbox"/> 妊婦健診( ) <input type="checkbox"/> 両親学級 <input type="checkbox"/> 母子1か月健診 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> その他( )				
自由記載欄					
医療機関スタッフ業務確認署名	〇〇				

市町村名を必ず記入してください。毎月集計して国際課へ報告しています。

派遣日時を変更した場合の連絡日時、担当者名を記入してください。

キャンセル連絡日時、担当者名を必ず記入してください。

★開始時間は、患者さんが遅れても、通訳が依頼時刻に到着している場合は、派遣依頼時刻です。  
(例外)①通訳が遅刻した場合、遅れて到着した時間を記入  
②患者・通訳両者が早めに診察に入り、通訳業務開始になった場合、早く開始した時間を記入  
★終了時間は、基本の2時間を超えた場合も、実際の終了時刻をご記入ください。通訳スタッフに確認の上、実績時間(通訳拘束時間)に応じて通訳謝金を積算してご請求します。