

ご連絡先： あいち医療通訳システム(AiMIS)事務局 【Tel: 050-5814-7263】(平日午前9時～午後5時30分)
【Fax.送信先：0120-961-242】 【e-メール送信先：jimukyoku@aichi-iryoku-tsu-yaku-system.com】

医療機関名 _____ 病院(_____ 区/ _____ 市) ご依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご担当者様お名前 _____ (_____ 科/ _____ 課) お電話番号 _____ - _____ - _____

以下 1.~8.の適用項目に☑をお願いします。選択肢に含まれてない場合はお手数ですが下線部にご記入ください。

1. 確認事項

通訳依頼は患者様の同意を得ています。 診察前に通訳ご利用の同意をいただきます。

2. 希望コースと料金：2時間を超えた場合は、1時間ごとに基本額の半額をいただきます。

ご担当者さまと通訳者で開始時間と終了時間のご確認をお願いします。

A コース 日常的な診療・検査等に対する通訳 (通訳料 3,000 円/2 時間)

B コース 手術前のインフォームドコンセント等に対応する高度通訳 (通訳料 5,000 円/2 時間)

C コース 特定の曜日・時間帯に派遣する定時通訳 (通訳料 5,000 円/2 時間)

3. 派遣希望日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前/午後 _____ 時 _____ 分 ~ 午前/午後 _____ 時 _____ 分
(4.5.はご希望に添えない場合もあります。)

4. 依頼言語 (第1希望に1, 第2希望に2を) 患者様の母国語 _____ 語 出身国名 _____
 英語 中国語 ポルトガル語 スペイン語 フィリピン語 その他 _____ 語

5. 通訳者へのご希望

女性 男性 どちらでも 前回と同じ通訳者を希望 (希望通訳者名: _____)

6. 通訳者が病院到着した際の伺い先

伺い先: _____ ご担当者様名: _____

7. 今回通訳が必要と想定される場面および患者様の情報 (AiMIS 通訳者は、守秘義務の研修を受けています。)

【通訳場面・概要】

診療科受付 待合室 診療室 検査室 相談室 病室 薬局 会計 カウンセリング室

リハビリ室 その他 _____

医師から : *は、B コースになります。

通常の検査結果診断/診察 重症・複雑な症状の患者様の検査結果診断/診察*

手術前説明・同意書* 手術名: _____

輸血の説明・同意書* 麻酔の説明・同意書* (予定麻酔方法 _____)

看護・助産師から : 問診票・次回予約 高額療養費の申請書等、書類記入時の説明

入院時の説明 (費用・準備品・入院中の食事/人工乳の希望種類・面会時間等)

退院時の説明 その他 _____

薬剤師から : 薬の説明・服薬指導

MSW から : 身体障害者手帳申請方法 退院後生活の注意点 (介護上の注意点も含む)

予後を含めた症状の説明 利用できる福祉制度の説明

ご本人・ご家族からの聞き取り その他 _____

【患者様の情報・当日の検査】※当日受診科:(_____ 科, _____ 科, _____ 科, _____ 科, _____ 科)

新規依頼 継続の患者様 (File No. : _____)

初診 再診 女性 男性 年代 _____ 代 (乳幼児 _____ 才 _____ ヶ月) 妊娠 _____ 週

尿検査 血液検査 超音波検査 X線検査 CT検査 MRI検査

大腸内視鏡検査 胃内視鏡検査 検査の説明・同意書 その他 _____

病名・診断名・合併症・既往症など _____

今回診察する部位・症状 _____

8. AiMIS が問い合わせれば、派遣決定通訳者にこれ以上の詳しい情報を : 提供できる 提供できない

※詳しい情報はよりよい通訳を提供するために必要となりますのでご協力ください (AiMIS 通訳者は守秘義務研修を受けています)。