

通 訊 完 了 報 告 書 【医療機関用】

【FAX 送信先:0120-961-242】

【Eメール送信先 jimukyoku@aichi-iryoku-tsuoyaku-system.com】

あいち医療通訳システム事務局 宛

ご利用ありがとうございました。実施状況の記録のため、以下についてご回答をお願いいたします。

医療機関名 _____

住 所 _____

ご担当者様名 _____ 電話番号 _____

◆患者情報

男性 女性

10歳未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代以上

居住地 _____ 市・町・村 (県外の場合はこちらに _____ 県 _____ 市・町・村)

◆日 時

開始日時 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 午前/午後 _____ 時 _____ 分

終了時間 _____ 午前/午後 _____ 時 _____ 分

◆通訳者についてお気づきの点をご記入下さい。(時間厳守・通訳態度・通訳レベルなど)

◆その他お気づきの点

以下は、依頼時と異なる場合のみご記入ください。

◆通訳を行った場面 ※通訳を行った場面すべてにチェックをお願いします。

受付 診察室 _____ 科 検査室 _____ 会計

病室 薬局 その他 _____

◆コース

Aコース 日常的な診療・検査等に対する通訳

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

Cコース 特定の曜日・時間帯に派遣する定時通訳

◆問合せ先

あいち医療通訳システム事務局 TEL:050-5814-7263 (平日 午前9時～午後5時30分)