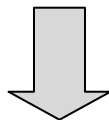


HIV 医療通訳申込書
FAX.(06)6354-5902
E-mail: tsuyaku@charmjapan.com



I. 通訳派遣希望確認 ご本人に「はい」「いいえ」のいずれかに丸印をつけてもらってください

1.日本語	次回受診に通訳を希望しますか？通訳は無料で通訳者は守秘義務を守ります→はい・いいえ
2.英語	Would you like to have an interpreter next time you come to the hospital? The service is free of charge and patients' privacy and confidentiality will be strictly safeguarded by the interpreters. → Yes・No
3.中国語	请问你是否希望在下次接受诊断时有传译员服务？服务完全免费，传译员亦会严紧地保障你的私隐。→ 是・否
4.韓国語	다음 진료에 통역을 원하십니까? 통역은 무료로 진행되며 통역자는 수비의무를 지킵니다. → 예 / 아니요
5.タイ語	คุณต้องการล่ามในครั้งหน้าที่จะมาพบแพทย์หรือไม่? โดยท่านไม่ต้องเสียค่าล่าม และล่ามเก็บความลับได้แน่นอน → ต้องการ / ไม่ต้องการ
6.フィリピン語	Nais mo ba na may tagapagsalin/interpreter sa sususnod mong konsultasyon? Libre ang serbisyong ito at protektado ng interpreter ang inyong pribadong impormasyon. →Oo・Hindi
7.スペイン語	¿Desearía usted servicio de traductor para la siguiente consulta? El servicio es gratuito y el intérprete guarda la información con absoluta privacidad. → Sí・No
8.ポルトガル語	Você deseja solicitar intérprete na sua próxima consulta? O serviço é gratuito e o intérprete mantém sigilo profissional. → Sim - Não

II. 通訳派遣依頼書 医療機関担当者をご記入ください

依頼機関名		
担当者名 職責	お名前： <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> ワーカー、 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
連絡先	電話：	内線：
	FAX：	
希望言語	患者が希望する言語	
	希望言語が調整不可の際に理解できる言語 (ない場合は記入不要)	
派遣希望日時	第一候補	年 月 日 () : ~ :
	第二候補	年 月 日 () : ~ :
通訳を必要とする環境	<input type="checkbox"/> 外来、 <input type="checkbox"/> 病棟入院中、 <input type="checkbox"/> 医療相談室、 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
備考		

記入日： 年 月 日