（様式４）

**医療パートナー紹介依頼書**

　　年　　　月　　　日

**医療通訳を依頼する医療機関さまは、＊印の欄のみご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | No. | 受付年月日 | 　　　年　月　日 |
| 受付者名 |  |
| \*病院等名 |  |
| \*病院等住所 | 〒　 |
| \*依頼者 | 所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| \*担当者氏名 | 所属　 |
| \*ご担当者様連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　FAX　 |
| \*派遣診療科 | □　眼科　　　　　□　形成外科　　　□　外科　　　　　□　産婦人科　　　□　歯科　　　　　□　耳鼻咽喉科　　□　消化器科　　　□　小児科　□　神経内科　　 □　整形外科　　 □　精神科　　　　□　内科　□　脳神経外科　　□　皮膚科　　　　□　泌尿器科　　 □　放射線科□　麻酔科　　　　□リハビリテーション科　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　）　 |
| \*派遣日時 | 予定　　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　時　　～　　時 |
| 　実績　　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　時　　～　　時 |
| \*言　語 | □ポルトガル語　　□スペイン語　　□フィリピノ語　　□中国語　　□英語 |
| 通訳内容 | ＊予定　　□　外来診療　　　　　　 □　入院患者の診療　　□　検査結果の説明　　□　手術の説明　　　　　 □　がん等の告知　　　□　救急患者の診療　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実績　　　□　外来診療　　　　　　 □　入院患者の診療　　□　検査結果の説明　　□　手術の説明　　　　 　□　がん等の告知　 　□　救急患者の診療　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| \*患者名 | （カルテ記載の名前） |
| \*患者の状況又は相談内容 |  |
| 　処理結果 |  |
| 派遣者名 |  |
| \*医師賠償責任保険適用の有無 | 　　　　　　　有　　　　　　無 |