（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		
＊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（　　）		
＊日時	予定　　年　　月　　日（　　曜日）　　～		
	実績　　年　　月　　日（　　曜日）　　～		
＊言　語	□ポルトガル語　□スペイン語　□フィリピノ語 □中国語　□英語　□ベトナム語		
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			
医療パートナー名			
＊医師賠償責任保険 適用の有無	□有　□無		