

外部通訳利用同意書

伊藤病院 院長宛

私は、私が選任した外部通訳者を同行させるにあたり、以下の事項について同意します。

- ☐ 同行させる通訳者の公的身分証明書（在留カード、パスポート、運転免許証、マイナンバーカードなど）を診察前に必ず提示し、そのコピーをとることを許容します。
- ☐ 同行させる通訳者が専門的な医療通訳のトレーニングを受けていない場合、医療行為や薬剤情報などの専門的知識が十分でない為、誤認や誤訳などの問題が生じる恐れがあります。
- ☐ 同行通訳者による個人情報の取扱いについて、当院は責任を負いません。
- ☐ 当院は同行通訳の誤認や誤訳に伴う責任を負いません。
- ☐ 同行通訳による通訳内容が不適切であると判断した場合、機械通訳あるいは院内通訳者に変更することがあります。

年 月 日

患者氏名

氏名 _____

同行通訳

氏名 _____

ご関係 ☐ 医療通訳 ☐ 会社関係
☐ 友人・知人 ☐ 親族 （続柄 _____）

外部通訳利用同意書 言語別



English



Chinese



Viet Nam



Korea