

同行通訳利用同意書【同意書-01-007(1版2025年1月)】

年 月 日

セキールレディースクリニック院長
関 守利殿

私たちは、下記の内容を理解した上で外部通訳者を同行することに同意します。
留意事項の内容について、十分理解し納得した上で、左端の□欄に☑を入れ、下記に署名して下さい。

<留意事項>

- 外部通訳者には治療内容を含む個人情報をお伝えします。
- 外部通訳者が医療通訳の専門的な研修等を受けていない場合、医療行為や薬剤情報等の専門的知識が十分でない場合があるため、誤認や誤訳等の問題が生じるおそれがあります。
- 通訳内容の相違による医療行為の誤認について、当院では責任を負いません。
- 外部通訳者による個人情報の取扱いについて、当院では責任を負いません。
- 外部通訳者による通訳内容が不適切であると当院が判断した場合、機械通訳等に変更する場合があります。
- 外部通訳者を電話連絡先として指定します。

【患者様ご本人（通訳依頼者）】

夫氏名（自署） _____

妻氏名（自署） _____

住 所 _____

電話番号 _____

- 上記の同意内容について理解し、正確に通訳依頼者に伝えました。
- 患者様ご本人（通訳依頼者）と当院との連絡先となることに同意します。

【外部通訳者】

氏名（自署） _____

電話番号 _____

関係性 親族（続柄 _____ ※ 夫側 ・ 妻側）

友人・知人 会社関係 通訳専門職

その他（具体的に： _____）

同意書控えお渡し日： 年 月 日 担当者【 _____ 】

*提出して頂いた後、患者様控えとしてコピーをお渡ししますので、大切に保管して下さい。