

同行通訳利用同意書

磐田市立総合病院 病院長 様

私は、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。

年 月 日

<留意事項>

- 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。
- 同行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。
- 同行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、院内通訳者又は機械通訳等に変更する場合があります。

【患者ご本人】

氏 名 _____

住 所 _____

【外部通訳者】

氏 名 _____

住 所 _____

- 関係性 親族（続柄 _____）
友人・知人
会社関係
通訳専門職
その他（具体的に： _____）