**Solicitud de coordinación de servicio de intérpretes voluntarios**

**(通訳ボランティア派遣調整依頼書)**

**Nombre y apellido (名前):**

**Dirección (住所):**

**Número de celular（携帯電話番号）:**

**Dirección electrónica　(E-mail address):**

**Idioma solicitado（依頼言語）**

**Lengua materna（母国語）**

**País de nacimiento（出身国名）**

**¿Cuándo?（いつ）:　 Desde ●hora●minutos - hasta ○hora○minutos**

**En dónde（どこで）:** **Lugar　(場所)**

**Lugar de encuentro Hora de encuentro　（待ち合わせ場所・時間）:**

**Contenido de la interpretación　（通訳の内容）**

**Documentación (anticipada) (事前資料): Hay・ No hay　(有・無)**

**Otros (その他):**

**(\*)"Sólo para las personas que solicitan interpretes para servicios médicos"　　Es posible sólo el servicio de intérprete para consultas médicas cotidianas y examenes médicos**

**[¿Qué interprete desea?] □****mujer, □** **hombre, □ Puede ser cualquiera**

**[Situación en la que desea el servicio de intérprete]**

* **Diagnóstico de resultado normal del examen médico / consultas**
* **Cuestionario médico ・Próxima cita médica**
* **Formulario de solicitud de beneficio de atención médica de altos costos** **y explicación del llenado de documentos**
* **Explicación en el momento de ser internado en el hospital**
* **Explicación al momento de ser dado de alta en el hospital**
* **Explicación de la medicina ・Guía sobre el uso de las medicinas**
* **Precauciones para la vivir después de ser dado de alta**
* **Descripción de los síntomas**
* **Explicación del sistema que puede utilizar**
* **Información de la persona misma ・familiares**
* **Análisis de orina, □　Examen de sangre, □ Ecografía, □ Examen de rayos X, □　Examen médico CT (tomografía computarizada)**
* **Examen médico MRI (resonancia magnética), □ Colonoscopia, □　Gastroscopia**
* **Explicación y documento de consentimiento del examen médico**
* **Otros**

**[Información del paciente]**

* **Primera consulta, □ Reexaminación, □ mujer, □ hombre**
* **¿Cuántos años tiene? (\_\_\_\_\_’s) (Infantes ●años●meses) Embarazada ●semanas**