**Solicitação para coordenação de envio de intérprete voluntário**

**(通訳ボランティア派遣調整依頼書)**

**Nome (名前):**

**Endereço (住所):**

**Telefone celular（携帯電話番号）:**

**E-mail　(E-mail address):**

**Idioma para solicitar（依頼言語）**

**Idioma materno（母国語）**

**País de origem（出身国名）**

**Data e horário（いつ）:** **Das ●hs● às ○hs○**

**Local（どこで）:** **Nome do local　(場所)**

**Ponto de encontro Horário de encontro　（待ち合わせ場所・時間）:**

**Conteúdo de tradução　（通訳の内容）**

**Materiais de referência (事前資料): Sim/Não　(有・無)**

**Outras informações (その他):**

**(\*) Somente para quem solicitar um intérprete em instituições médicas　Disponível só a interpretação para consultas e exames de rotina.**

**[Preferência de intérprete] □****Feminino □ Masculino □ Sem preferência**

**[Situação de tradução para solicitar]**

* **Resultado de exame geral/Consulta geral**
* **Questionários, reservar próxima consulta**
* **Explicar sobre preenchimento de documentos tal como a "Solicitação de reembolso de despesas elevadas de tratamento médico"**
* **Explicação antes de internação**
* **Explicação ao receber alta**
* **Explicação/orientação sobre medicamentos**
* **Observações após sair do hospital**
* **Explicação sobre sintomas**
* **Explicação sobre sistemas de assistência social disponíveis**
* **Ouvir paciente/família**
* **Exame de urina, □　Exame de sangue, □ Exame de Ultrassom □ Exame de Raio-X, □　Exame de Tomografia computadorizada**
* **Exame de Ressonância magnética, □ Exame de Endoscopia de intestino grosso, □　Exame de Endoscopia de estômago**
* **Explicação sobre exame/formulário de consentimento**
* **Outras informações**

**[Dados do paciente]**

* **Primeira consulta, □ Consulta de retorno, □ Feminino, □ Masculino**
* **Qual é a sua idade? (\_\_\_\_\_’s) (Bebé/criança pequena Idade(●ano●meses)) ●semanas de gestação**