

だい 1 号様式(第4条関係)

つうやく はけんちようせいらいしよ  
通訳ボランティア派遣調整依頼書

さがみはらこくさいこうりゆうらうんじしよちょう どの  
さがみはら国際交流ラウンジ所長 殿

T E L 042-750-4150

F A X 042-750-4150 (24時間受付)

メール [sil@city.sagamihara.kanagawa.jp](mailto:sil@city.sagamihara.kanagawa.jp)

(24時間受付)

ていしゆつび ねん がつ ひ  
提出日 年 月 日

なまえ 名前(ふりがな)	
じゆうしよ 住所	
TEL けいたいでんわ 携帯電話	FAX
メールアドレス	
いらいげんご 依頼言語	
ご語	
ぼこくご 母国語	
ご語 じゆつしんこくめい 出身国名	
いつ ねん がつ にち ( ) じ ぶん から じ ぶん まで 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで	
どこで ぼしよ 場所 じゆうしよ 住所	
まちあわせばしよじかん 待ち合わせ場所・時間	
つうやくないよう いりようつうやくばあいりめんきにゆう 通訳の内容 (医療通訳の場合は裏面に記入)	
じぜんしりようありなし 事前資料 有 無	
た その他	

受付日 年 月 日

No. \_\_\_\_\_

※依頼可能な医療通訳の範囲：日常的な診療・検査等に対する通訳に限ります。

【通訳者の希望】

女性

男性

どちらでも

【依頼する通訳の場面】

通常の検査結果診断 / 受診

問診票・次回予約

高額療養費の申請書等、書類記入時の説明

入院時の説明

退院時の説明

薬の説明・服薬指導

退院後生活の注意点

症状の説明  利用できる制度の説明

ご本人・ご家族からの聞き取り

尿検査

血液検査

超音波検査

X線検査

CT検査

MRI検査

大腸内視鏡検査

胃内視鏡検査

検査の説明・同意書

その他 \_\_\_\_\_

【患者様の情報】

初診

再診

女性

男性

年代 ( \_\_\_\_\_ 代)

( 乳幼児 \_\_\_\_\_ 才

\_\_\_\_\_ 才

\_\_\_\_\_ 才

\_\_\_\_\_ 才

\_\_\_\_\_ 才

\_\_\_\_\_ 才

\_\_\_\_\_ 才