（様式１）

医療機関等記入用

群馬県登録医療通訳ボランティア派遣等申請兼実績報告書

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名（氏名）

　下記のとおり、派遣等の　申請　／　実績報告　をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 予定　　　年　　月　　日（　 ） 　時　　分～　 時　　分まで実績　　　年　　月　　日（ 　）　 時　　分～ 　時　　分まで |
| 派遣等を希望する病院、診療科、施設名 |  |
| 派遣等を希望する施設所在地 |  |
| 希 望 言 語 |  |
| 通 訳 内 容※病名や症状、当日通訳する内容など詳しく記載してください。 | 外来（初診・再診・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明・その他:　 　　　　 ）入院（診察・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）手術（術前説明・麻酔説明・術後説明・その他　　　　　　　　　　）告知（病名　　　　　　　　　　　　　　　）救急その他 |
| 通訳希望者(患者)氏名 |  | 年齢・国籍・性別 |  |
| 費用の支払者 | 患者（　　円）病院(　　円) | 在留カードの有無 | 有 ・ 無 |
| 担当者連絡先 |  　　 課・係 | 氏　名 |  |
| 電　話 |  | メールアドレス |  |
| その他特記事項（特に事前に連絡したいことがあればご記入ください）※次回通訳の予約を希望している場合

|  |
| --- |
| 日　時　　　　　　月　　　　日（　） 　　時　 　分～　　　時　　　分診療科　　　　　　　内容予定通訳者名　　　　　　　　（都合確認済み、都合未定） |

 |

**【　通訳者・コーディネーター評価票　】※実績報告時に記載願います**

通訳者の態度：　　　　　　　　良い　　　やや良い　　　やや悪い　　　　悪い

通訳者言語力：　　　　　　　　良い　　　やや良い　　　やや悪い　　　　悪い

通訳者医学理解度：　　　　　　良い　　　やや良い　　　やや悪い　　　　悪い

通訳者に対する信頼感：　　　　安心できる　　　　　やや不安　　　　　不安

コーディネーターの態度：　　　良い　　　やや良い　　　やや悪い　　　　悪い

コーディネートの段取り：　　　良い　　　やや良い　　　やや悪い　　　　悪い

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（様式2）

通訳ボランティア記入用

群馬県登録医療通訳ボランティア活動報告書

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（言　語：　　　　　　　　　　　　　語）

下記のとおり、群馬県登録医療通訳ボランティアとしての活動について報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 活動日時 | 　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分　から　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分　まで |
| 活動した機関・診療科・施設名 |  |
| ○活動内容を具体的に記入してください（通訳した内容、活動中に生じたトラブルなど）外来（初診・再診・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明・その他　　 　）入院（診察・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明・その他　　　　　 　 ）手術（術前説明・麻酔説明・術後説明・その他 　　　　　　　　　　　　　　　 ）告知（病名　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ○特記事項（特に報告したいこと、活動にあたっての疑問点など）・困ったこと・気になること・医師、看護師、SWからの要望・患者からの要望・わからなかったこと |
|