

診療時通訳サービスへの同意書

令和 年 月 日

私は日本語による意思疎通が困難なことを理解し、貴院における診察・検査等に筆談・通訳などの手段を通じてかかる以下の追加費用について医師からの説明を受け、その内容に同意します。

当サービスは患者が医療機関を受診するための通訳であり、トラブルやクレーム、料金交渉など受診目的以外についての通訳ではないことを理解します。

<英語→日本語>

受診回数	費用
初診	10,000円(税込)
再診	5,000円(税込)

患者署名: _____ 印

Patient Consent Form for Interpreter Services

I understand clinic policies to ensure equal all access to all patients. And, I agree to receive the explanation from the doctor regarding the following additional costs that will be incurred through written communication, interpretation, including examinations and medical tests at your hospital, etc.

I understand that this is an interpretation service for all patients visiting our clinics, and not for the purposes of consultations, such as troubles, complaints, fee negotiations, etc.

Number of visits to the clinic	Fee /visit (tax-included)
First visit	10,000 yen
Second (per visit)	5,000 yen

Signature of Patient : _____

Date : _____