**【中国語簡体字】**

**東京都救急通訳サービスの利用に関する同意書**

**东京都急救口译服务利用相关同意书**

私は、（　医　 療 　機　 関 　名　）が依頼した、東京都が行う「救急通訳サービス」を受けるに当たり、下記について同意します。

本人在接受由（医疗机构名）委托东京都所提供的「急救口译服务」时，同意以下事项。

1. 「救急通訳サービス」は患者が医療機関を受診するための通訳であり、患者

と医療機関の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はできません。

「急救口译服务」是为患者在医疗机构顺利就诊而提供的服务。

因此患者与医疗机构之间出现纠纷、投诉及医疗费交涉等情况时，则无法利用此服务。

２．　「救急通訳サービス」による医療事故、医療過誤、ヒヤリ・ハットについては、いかなる場合においても東京都は責任を負いません。

因「急救口译服务」所造成的医疗事故、医疗过失、险些事故，在任何情况下，东京都概不负责。

以下のいずれかの手法による「救急通訳サービス」の利用に同意します。

　　　電話、映像　　　・　　電話のみ　　　・　　映像のみ

年　　月　　日

 同意以下任意一种方法使用「急救口译服务」。

 电话，视频　　　・　　仅电话　　　・　　仅视频

年　　月　　日

患者署名

患者签名