**【中国語繁体字】**

**東京都救急通訳サービスの利用に関する同意書**

**東京都急救口譯服務利用相關同意書**

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（醫療機構名）委託東京都所提供的「急救口譯服務」時，同意以下事項。

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。

「急救口譯服務」是為患者在醫療機構順利就診而提供的服務。

因此患者與醫療機構之間出現糾紛、投訴及醫療費交涉等情況時，則無法利用此服務。

1. 「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「急救口譯服務」所造成的醫療事故、醫療過失、險些事故，在任何情況下，東京都概不負責。

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

同意以下任意一種方法使用「急救口譯服務」。

電話，視頻　　　・　　僅電話　　　・　　僅視頻

年　　月　　日

患者署名

患者簽名