【フランス語】

**東京都救急通訳サービスの利用に関する同意書**

**Formulaire de consentement pour l’utilisation du service d’interprétariat d’urgence médicale de Tokyo**

　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。

Je déclare consentir aux points ci-dessous concernant le « service d’interprétariat d’urgence médicale » offert par le Gouvernement métropolitain de Tokyo et dont (nom de l’établissement médical) a fait la demande.

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。

Le « service d’interprétariat d’urgence médicale » est destiné à permettre à un patient de bénéficier de soins dans un établissement médical. Ce service ne peut être employé dans aucun autre but tel que le traitement d’un conflit entre le patient et l’établissement, une plainte, la négociation des frais, etc.

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。

Le Gouvernement métropolitain de Tokyo ne pourra être tenu responsable en cas d’accident médical, erreur médicale ou incident évité de justesse lié à l’utilisation du « service d’interprétariat d’urgence médicale ».

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

Je déclare consentir à l’utilisation du « service d’interprétariat d’urgence médicale » par l’un des moyens ci-dessous

Téléphone, vidéo　　・　　Téléphone seulement　　・　　Vidéo seulement

年　　月　　日

 Date (année/mois/jour)

患者署名

Signature du patient/de la patiente