

## 同行通訳利用同意書

セント・ルカ産婦人科  
病院長 宇津宮 隆史殿

私は、下記の内容を理解した上で外部通訳者を同行することに同意します。

### <留意事項>

(内容を確認し、☐に☒を入れてください)

☐通訳者が医療通訳の専門的な研修等を受けていない場合、医療行為や薬剤情報等の専門的知識が十分でない場合があるため、誤認や誤訳等の問題が発生する恐れがあります。

☐通訳内容の相違による医療行為の誤認について、当院では責任を負いません。

☐同行通訳者による個人情報の取り扱いについて、当院では責任を負いません。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者本人 (自署) \_\_\_\_\_

外部通訳者

氏名 (自署) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

関係性 ☐親族 (続柄 \_\_\_\_\_)

☐友人・知人

☐会社関係

☐通訳専門職

☐その他 (具体的に: \_\_\_\_\_)

# Interpreter Consent Form for Accompanying Individuals

St. Luke's Clinic

Director: Takafumi Utsunomiya

I agree to bring an external interpreter with me, having understood the following details.

## <Important Notes>

(Please review the contents and check the box ☐)

☐ If an interpreter has not received specialized training in medical interpretation, they may lack sufficient expertise in medical procedures, medication information, and other specialized knowledge. This could lead to misunderstandings or mistranslations.

☐ St. Luke Clinic assumes no responsibility for any medical errors resulting from inaccuracies in the interpretation provided.

☐ St. Luke Clinic assumes no responsibility for the handling of personal information by accompanying interpreters.

Date of Consent: 20 /      /     

Patient (Signature) \_\_\_\_\_

External Interpreter

Name (Signature) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Relationship: ☐ Family (Relationship: \_\_\_\_\_)

☐ Friend/Acquaintance

☐ Business/Work-related

☐ Professional Interpreter

☐ Other (Specify: \_\_\_\_\_)