

JIGH メディフォン事務局（東京都医師会 団体契約係）宛

FAX: 03-6478-8286 / メール: tma2018@mediphone.jp

\* 参加ご希望の方は、本用紙を平成 30 年 8 月 17 日(金)までにご提出ください。

\* ご参加機関にはアンケート調査へのご協力をお願いしております。「第 1 回アンケート調査票」も合わせてご送付いただけますようお願い申し上げます。

## 東京都医師会

### 「団体契約を通じた電話医療通訳利用促進事業」参加申込書 (兼 電話医療通訳サービス mediPhone (メディフォン) 利用規約同意書)

別紙「電話医療通訳サービス mediPhone (メディフォン)」の利用規約を読み、内容について同意した上で、本事業への参加を申し込みます。

平成 年 月 日

(所属医師会名)

(医療機関・施設名)

(住所)

(管理者名・開設者名)

印

\* お手数ですが、本申込書は施設ごとにご提出をお願いいたします。

連絡先	(部 署)	
	(氏 名)	
	(T E L)	
	(E-mail)	
	(F A X)	

#### ご登録お電話番号

1		4	
2		5	
3		6	

※1 6件以上ご登録をご希望の場合、お手数をおかけいたしますが、事務局までご連絡ください。

※2 PHSや携帯番号でも登録は可能です。

#### 【お問い合わせ先】

(一社) JIGH メディフォン事務局（東京都医師会 団体契約係）

電話：050-3184-1277 / メール：tma2018@mediphone.jp

## 東京都医師会電話医療通訳の利用促進事業 第 1 回アンケート調査票

本アンケート調査は、東京都医師会員の開設する医療機関における外国人患者の受入れ状況の実態を把握し、円滑な外国人患者受入れ支援実施のための基礎資料を得ることを目的に実施しております。お忙しいところ恐縮でございますが、アンケートにご記入頂きますようお願いいたします。

- ✓ 1 施設から複数名でご参加の場合も 1 施設 1 枚のみご回答ください。
- ✓ できる限り開設者様あるいは管理者様にご記入くださいますよう、ご協力お願い申し上げます。

I. 貴院の外国人患者の受入れ状況について教えてください。										
1. 外国人患者の平均した来院頻度に近いものに○をつけてください。										
1 日に三名以上		2 日に一～二名		3 週に三～四名		4 週に一名～二名				
5 月に二～三名		6 月に一名程度		7 数ヶ月に一名程度		8 それ未満				
2. 来院する外国人患者について、おおよその比率を記入してください。										
1 保険診療 ( ) 割					2 自費診療 ( ) 割					
3. 通訳を必要とする言語について必要度の高い順に 1-3 まで番号を記入してください。										
英語		中国語		韓国語		タガログ語		ベトナム語		タイ語
ネパール語		ヒンディー語		タイ語		ミャンマー語		フランス語		その他
4. 外国人患者の対応で困っていることがありますか。 「はい」の場合、特に困っている場面に○をつけてください。※複数選択可										
1 はい		2 いいえ								
i 受付での対応		ii 診察時の対応		iii 会計時の対応		iv 薬についての対応				
iv 電話問い合わせ		v その他 (具体的に :						)		
5. 外国人患者受入れで課題に感じていることに○をつけてください。 ※複数選択可										
1 言語や意思疎通の不自由さ			2 対応にかかる時間や労力			3 異文化対応				
4 医療費未払いのリスク			5 トラブルや訴訟のリスク							
6 その他 (具体的に :								)		

II. 貴院についておうかがいします。									
1. 施設の所在市区町村を記載してください。									

裏面にも設問がございます。引き続き、ご協力お願いいたします。

