

# 使用外部口译同意书

伊藤医院 公启

我由自己选任的外部口译人员陪同时，我对以下事项表示同意。

年 月 日

- 在诊察前务必出示陪同口译人员的正式身份证件（在留卡、护照、驾驶证、个人编号卡等），并同意复印。
- 如果陪同口译人员没有接受过专业医疗口译培训，可能会因医疗行为或药物信息等的专业知识欠缺，而出现误解或错误翻译等问题。
- 对于陪同口译人员所作的个人信息处理，本院概不负责。
- 对于陪同口译人员的误解或错误翻译，本院概不负责。
- 如果判断陪同口译人员的口译内容不恰当，可能会改为机器翻译或院内口译人员。

患者姓名

姓名 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_

陪同口译人员

姓名 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_

- 关系
- 医疗口译
  - 公司关系
  - 朋友、熟人
  - 亲属 （ 与本人的关系\_\_\_\_\_ ）