**外国人患者の受入状況調査票**

医療機関名

回答者(職・氏名）

電話番号

**１．医療機関リストの掲載について、希望する項目にチェックを入れてください。**

　　□ 医療機関リストへの掲載を希望する。→２へお進みください。

　　□ 医療機関リストへの掲載を希望しない。→以下、調査票の記載は不要です。

**２．「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」への選出を希望しますか。**

　　□ 「カテゴリー１」への選出を希望する。

　　□ 「カテゴリー２」への選出を希望する。

　　□ 「カテゴリー１」「カテゴリー２」両方への選出を希望する。

　　□ 「外国人患者を受け入れる適格な医療機関」としてリスト掲載のみを希望する。

|  |
| --- |
| **【参考】各カテゴリーについて**　①外国人患者を受け入れる適格な医療機関　　多言語対応の適格性ありと県が判断した医療機関（リスト掲載のみ）　②外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関　　多言語対応の適格性ありと県が判断したもののうち、県が地域の医療体制を考慮して選出した医療機関（以下の２つのカテゴリーによりリスト掲載）・カテゴリー1：入院を要する救急患者に対応可能な医療機関・カテゴリー2：診療所・歯科診療所も含む外国人患者を受け入れ可能な 医療機関 |

**３．貴医療機関が対応可能な外国語について御回答ください。**

**４．貴医療機関が外国語対応可能な診療科目について御回答ください。**

 　　　　（次ページに続く）

**５．貴医療機関に外国人患者が訪れた場合の具体的対応策を御回答ください。**

 (ⅰ～ⅳで、該当項目を○で囲み、　　を御記載ください。（複数回答可）

　 その上で、詳細を裏面の「（記入欄）」に記入してください。（可能な限り詳しく）

　　ⅰ　外国語に堪能な職員が対応

　　　　　当該職員の人数　　　　　人

（職種　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）

 ⅱ　翻訳機（タブレット・スマートフォン等）を利用

　　　　　機器名

　　ⅲ　 外国人患者対応の専用窓口が対応

　　ⅳ　 その他

 （記入欄）※外国人患者が訪れた場合の具体的な対応策をご記載ください。

**６．過去３年間に貴医療機関を受診した外国人患者数・及びその時の状況について御　　　回答ください。**

　　外国人患者数　　令和　　年度　　　　　　人

 　 　　令和　　年度　　　　　　人

 　 　　令和　　年度　　　　　　人

 ※概数の場合は「概数○人」、不明の場合は「不明」と御記入ください。

 状況 （例：翻訳タブレットを用いてスムーズに診察ができた、医師が英語に堪能で、 手術まで滞りなく実施できた、外国人患者専用窓口でも対応に苦慮した　 等々、可能な限り詳細を御記入ください。）