

外国人患者を受け入れる医療機関 調査票（令和6年度）

①	医療機関名 ※日英併記をお願いします。	(日)							
		(英)							
②	開設者名								
③	所在地 ※日英併記をお願いします。	〒      —							
		(日)							
		(英)							
④	電話番号								
⑤	受付時間 ※注意書きはすべてを反映できないこととございます。								
⑥	ホームページURL (ホームページがある場合)	http://(                  語)							
		http://(                  語)							
⑦	対応診療科と対応可能言語  ※医師等が外国語対応可能な診療科について、□にチェックをした上で、対応可能な言語欄に「○」を御記入ください。  ※右記に該当する診療科がない場合は、「その他」にチェックをお願いします。  ※右記に該当する言語がない場合は、空欄に追加してください。  ※対応可能である曜日や時間帯が異なる場合は、備考欄に御記入ください。  ※不足する場合は、別紙(様式は問いません)に御記入の上、御提出ください。	区分	英語	中国語	韓国語			備考	
		<input type="checkbox"/> 救急科							
		<input type="checkbox"/> 内科							
		<input type="checkbox"/> 外科							
		<input type="checkbox"/> 小児科							
		<input type="checkbox"/> 精神科							
		<input type="checkbox"/> 皮膚科							
		<input type="checkbox"/> 脳神経外科							
		<input type="checkbox"/> 泌尿器科							
		<input type="checkbox"/> 整形外科							
		<input type="checkbox"/> 眼科							
		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科							
		<input type="checkbox"/> 産科							
		<input type="checkbox"/> 婦人科							
		<input type="checkbox"/> 歯科							
		<input type="checkbox"/> その他							
⑧	利用可能なクレジットカード	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 中国銀聯 <input type="checkbox"/> その他 { }							
	その他利用可能なキャッシュレスサービス	{ (非接触カード決済：楽天Edy、Suica、PASMO、ICOCA、Waon、nanacoなど QRコード決済：アリペイ、WeChatPay、LINE Payなど)							
⑨	24時間365日対応可否	<input type="checkbox"/> 可         ・ <input type="checkbox"/> 不可							

	外国人患者を受入れ可能な医療機関としてリストへの掲載の可否	<input type="checkbox"/> 可      ・ <input type="checkbox"/> 不可
⑩	外国人患者で入院を要する救急患者に対応可能な医療機関としてリストへの掲載の可否 (※県医療計画の二次以上の救急医療機関であることを要する。)	<input type="checkbox"/> 可      ・ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 初期救急医療機関である <input type="checkbox"/> 第二次救急医療機関である <input type="checkbox"/> 救命救急センター(第三次救急)である (※該当するものに☑をお願いします。)
⑪	災害拠点病院	<input type="checkbox"/> 災害拠点病院である
⑫	民間団体による医療機関の認証状況	<input type="checkbox"/> JMIP(外国人患者受入れ医療機関認証制度) <input type="checkbox"/> JIH(ジャパンインターナショナルホスピタルズ)
⑬	外国人患者対応の専門部署の有無	<input type="checkbox"/> 有      ・ <input type="checkbox"/> 無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> (有りの場合)  対応可能時間／  対応言語  &lt;記載例&gt; 月曜9:30-17:00:英語 , 24時間:英語 </div>
	外国人向け医療コーディネーターの有無	<input type="checkbox"/> 有      ・ <input type="checkbox"/> 無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> (有りの場合)  対応可能時間／  対応言語  &lt;記載例&gt; 月曜9:30-17:00:英語 , 24時間:英語 </div>
	医療通訳者の有無	<input type="checkbox"/> 有      ・ <input type="checkbox"/> 無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> (有りの場合)  対応可能時間／  対応言語  &lt;記載例&gt; 月曜9:30-17:00:英語 , 24時間:英語 </div>
	遠隔通訳の有無	<input type="checkbox"/> 有      ・ <input type="checkbox"/> 無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> (有りの場合)  対応可能時間／  対応言語  &lt;記載例&gt; 月曜9:30-17:00:英語 , 24時間:英語 </div>
	その他の言語サポートの有無	<input type="checkbox"/> 有      ・ <input type="checkbox"/> 無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> (有りの場合)  対応可能時間／  対応言語  &lt;記載例&gt; 月曜9:30-17:00:英語 , 英語を話せる医師による外来:英語 </div>
担当者名等		部署名
		氏名
		電話番号 直通/内線番号
		FAX番号
		e-mailアドレス