

ゆいクリニックにおける 外国人受け入れの取り組み

産婦人科 ゆいクリニック
外来リーダー 泉田由紀子

1. ゆいクリニックにおける外国人受け入れの取り組み
2. 目次
3. ゆいクリニックご紹介
4. ゆいクリニック周辺地域の特性
5. 外国人患者様の受け入れ経緯
6. 当時のクリニックの人員
7. 初めての英語対応の実際
8. 本格的な外国人患者の受け入れ
9. 個人通訳者との連携
10. 外国人患者の増加による問題点と課題
11. 具体的なサービスの利用状況
12. 英語対応可能なスタッフの雇用
13. 有料の外国語サポートサービスを契約
14. 英語版ホームページの作成
15. おきなわ医療通訳サポートセンターの利用
16. 日本医師会医師賠償責任保険医療通訳サービスの利用
17. 医療通訳サービスの利用状況
18. 個人通訳者の紹介サービス
19. その他利用サービス
20. 今後の展望と課題
21. まとめ

目次

ゆいクリニック ご紹介

2011年11月1日 開院

所在地；沖縄県沖縄市



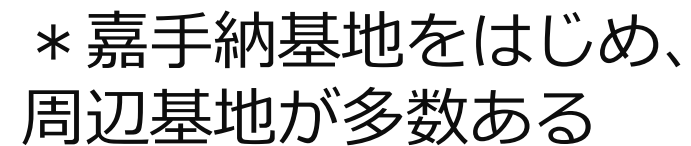
診療科目；産科、婦人科、小児科（予防接種 健康診断）

病床数；5床

お産件数；約250件/年



特徴；病院らしくない、お家のように安らげるクリニックを目指し、フリースタイル分娩による自然分娩、母乳育児の推進、ホメオパシーをはじめとした代替療法も併用した診療を行っています。産科・婦人科をはじめ、禁煙外来・避妊・中絶相談・栄養療法外来も通常診療として行っています



* 西海岸線をはじめとして複数のリゾートホテルがある

* OIST、AMICS、OCSI
などをはじめとした教育
機関がある

* アメリカより沖縄基地へ配属された
軍人の妻もしくは軍人本人

* 自然分娩、立ち会い出産、早期接触
などを希望

* 友人や知人を通訳として連れて来院



外国人患者様の受け入れ 経緯

初めての受け入れ



当時のクリニックの人員



ent on childbirth

ke to help your natural birth without unnecessary
, abnormalities could suddenly occur and you might
mediately for you and your baby's safety.

ng pregnancy and labor>

occur and you might be hospitalized for treatment.

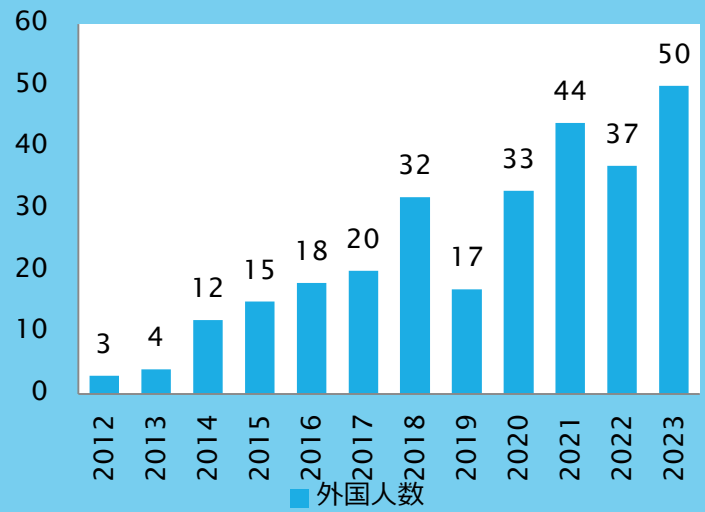
- **Premature delivery:** the birth of a baby of less than 36 weeks gestational age. In this case, it is necessary for baby to have long term hospitalization.
- **Hypertensive disorders of pregnancy:** it can lead to premature delivery; in rare cases this can leave mothers with high blood pressure and brain damage.
- **Uterine Atonic Bleeding:** massive bleeding during puerperium can happen because of failure of uterine contraction immediately after the placenta is delivered.
- **Amniotic fluid embolism:** is a rare and incompletely understood obstetric emergency in which amniotic fluid, fetal cells, hair, or other debris enters the mother's blood stream via the placental bed of the uterus and trigger an allergic reaction. You will need immediate treatment to prevent potentially life-threatening complications such as excessive bleeding, stopping heart rate and breathing, and possible death.
- **Placental abruption (also known as abruptio placentae):** is a complication of pregnancy, wherein the placental lining has separated from the uterus of the mother prior to delivery. It causes excessive bleeding and put mother and baby life in danger.

Signature

初めての英語対応の実際

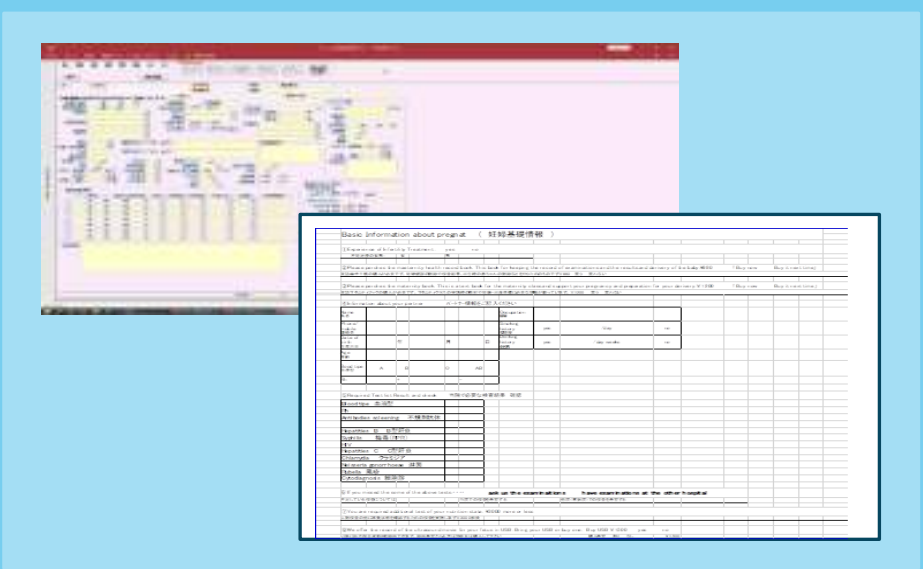
使用したツール

外国人受け入れ人数推移



＊お産に関連したリスク同意書、案内文書など。

＊口頭で説明しなくても理解できるように
診察後の説明資料なども英語で作成



初診受付票 First Visit Registration Form		ID
ふりがな		
名前	男・女	
Name		
生年月日	昭・平・令 年	月 日
DOB	Year/Month/Date	
住所	〒	
Address		
TEL (携帯)	—	—
Cell Phone	—	—
TEL (自宅)	—	—
Home Phone	—	—
緊急連絡先 Emergency number	—	—
		続柄 Relationship ()

Obstetric and Gynecologic Inquiry Form 産婦人科問診票	
<i>It is very important to know medical and state of health. All information given here is strictly confidential.</i>	
Year Month Day 20 年 月 日	
<i>Please tell us about yourself.</i>	
Last name 姓 _____ First name 名 _____	
Height 身長 _____ cm Weight 体重 _____ kg History of smoking 喫煙歴 Yes No	
<input type="checkbox"/> Married 既婚 <input type="checkbox"/> Single 未婚 Occupation 職業 _____	
History of sexual intercourse 性交経験 Yes No	
Pregnancies 妊娠回数 _____ times 回 Deliveries 分娩回数 _____ times 回	
Natural Deliveries 自然分娩 _____ times 回 Cesarean Section 帝王切開 _____ times 回	
Miscarriage 流産 _____ times 回 Abortion 中絶 _____ times 回	
Allergies to medication 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
—If yes, please provide name of medication and detail. _____	
Allergies to food 食物アレルギー <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
—If yes, please provide name of food and details. _____	
Medical history (undergoing treatment, operation, and past disease)	
現在治療中の病気・過去にかかった病気・手術歴 _____	
List medications you are currently taking	
現在内服中のお薬 _____	
Chief Complaint(s) 主訴	
<input type="checkbox"/> Pregnancy or Possible pregnancy 妊娠または妊娠の可能性	
<input type="checkbox"/> Home pregnancy test 妊娠検査薬 (Year _____ Month _____ Day _____ / Positive Negative)	
<input type="checkbox"/> Prenatal checkup / Delivery request ゆいクリニックでの妊婦健診・分娩希望、	
Estimated due date 予定日 Year _____ Month _____ Day _____	
<input type="checkbox"/> Need to find out the gender of baby with ultrasound 性別チェックのみ希望	
<input type="checkbox"/> An Abortion 人工流産 <input type="checkbox"/> Irregular period or irregular vaginal bleeding 生理不順または不正出血	
<input type="checkbox"/> Vaginal Discharge おりもの <input type="checkbox"/> Itchiness around genital area 陰部のかゆみ	
<input type="checkbox"/> Painful period 生理痛が酷い <input type="checkbox"/> Infection (Possible Sexually Transmitted Disease) 性感染症	
<input type="checkbox"/> Uterine cancer test 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> Lump in Breast 乳房のしこり <input type="checkbox"/> Menopause 更年期	
<input type="checkbox"/> Frequent urination 頻尿 <input type="checkbox"/> Need Birth control pill ビル処方希望 <input type="checkbox"/> Need morning after pill 緊急避妊ピル	
<input type="checkbox"/> Other _____	
Since when have you had such symptoms? いつから症状がありますか?	
2-3days 1month 3month 6month Over a year	
History of menstrual cycle 月経について教えてください。	
First period 初潮 age _____ Menopause 閉経 age _____	
Menstrual cycle 月経周期 (Count days from first day of period until next period start)	
Menstrual cycle is regular _____ days 順調で月経周期は _____ 日間	
Irregular when it is short _____ days 短いときは _____ 日間	
the longest is _____ days 長いときは _____ 日間	

本格的な外国人患者の受け入れ

外国人患者のお産増加

* 個人通訳者との話し合い 協力依頼

* 料金設定

* 紹介方法

* 通訳同意書の作成

① We will inform the interpreters of your expected birth date and decide who will be in charge.

② We will provide your contact information to the interpreter, so please wait for the interpreter to contact you.

③ Please discuss your next appointment date with your interpreter, and have the interpreter contact the clinic to schedule your appointment.

* We have several interpreters that we can introduce to you, so if you need a new interpreter for any reason, please let us know as soon as possible.

Translation Fee

1 visit up to 2 hour	\$40
After 2 hour, every 30 min (up to 30 min)	\$10
Maternity class	\$40
Birth plan translation	\$20
During delivery (Up to 12hours)	\$400
After 12hours, every 30 min	\$10
During delivery (Up to 12hours) for home birth	\$500
1 visit up to 2 hour at home for home birth	\$50

Clients MUST

- know that while translators are at Yui, every minutes count as their service.
- know that if you happened to have midwife who can speak English for consultation, you will still have to pay for translation service.
- pay with cash the day of your appointment.
- know that having two clients for maternity classes will be charged \$40 each.

Recent change of our policy,

You DO NOT have to have a translator when you do not have midwife consultation. Please check if you have midwife consultations when you get next appointment.

通訳に関する同意書 Consent Form for a Translator To Yui Clinic:

I, _____, agree that I bring my own translator during my check-up with the midwife, meeting with the counselor and during my delivery in order to have a smoother communication. I understand that if I don't have my translator with me, there might be some misunderstandings and by both parties.

I have been informed that having a translator during my check-up will help me fully understand the details of the examination. Furthermore, a translator will ease communication during check-up and the delivery.

In this regard, I have known that Yui Clinic can introduce a translator to me if I do not have one. However, it is necessary for me to confirm with the clinic whether or not I need a translator for my next check-up.

In addition, I understand that the clinic policy requires a patient to book an appointment for the translation service prior to the check-up date. This is to avoid inconvenience if the translation service is not available on my desired day for my check-up.

Translation service is not covered by any type of medical insurance. Translation services must be paid for directly from me.

If I don't prepare the translator and I need to use translation service, I understand the clinic will use telephone translation services for me. I don't have to pay for that.

By signing below:

- I have read and understood this consent form.
- All my questions were answered.
- I agree to and accept everything explained above.

Patient's Signature over Printed Name

Date

個人通訳者との連携

個人通訳者サービスの
体制作り

- * 英語での電話対応の増加
- * 産科だけではなく、婦人科への外国人の受診増加による業務の拡大
- * 膨大な英語資料の翻訳の必要性
- * 英会話の必要性の増加

- * 通訳のための専門スタッフの雇用
- * 電話通訳サービス

外国人患者の増加による
問題点と課題

- * 常勤で英語通訳が可能なスタッフの雇用
- * 有料の電話通訳サービスを契約
- * クリニックホームページの英語版作成
- * おきなわ医療通訳サポートセンター（インバウンド）の利用
- * 日本医師会医師賠償責任保険医療通訳サービスの利用

具体的なサービスの利用
状況

中絶同意書 Dilatation and Curettage (D&C) INFORMED CONSENT						ミレーナ挿入時チェック Mirena 52mg Checklist						出生証明書原本 CERTIFICATE OF LIVE BIRTH						妊婦の紹介状原本																																															
Patient: _____ DOB : (yyyy/mm/dd) _____ Explanation Date : _____ Yui Clinic Dr. Fumi Shimabukuro Tel: 098-989-3801 Emergency #: 098-989-0087 Telephone # for when there is a power outage: 080-6499-3801 Procedure: When the cervix is not widened, or when a fetal is big, we use stick shape medical instrument to dilate the cervix. During the procedure, uterine content will be removed surgically. It will take about 10-15 minutes. You will be given an intravenous anesthesia. After you wake up from the anesthetic, you will be examined at home in a several hours. Anesthesia : ①Local anesthesia. Local anesthetic is injected into the cervix. You will be examined at home after the procedure. ②An intravenous anesthesia. Using IV, you will be giving medication to make you asleep during the procedure. Risks and complications with this procedure: 1. Damage may occur to the uterus with rupture or perforation. This may require a laparoscopy and/or longer stay in hospital than expected. In the event of uterine perforation, there is risk of damage to other organs, such as bowel or bladder which may require further corrective surgery. 2. Under an intravenous anesthesia, respiratory depression, lowering of blood pressure, shock, etc. may occur. Under these circumstances, we will ensure your safety and you will be treated with mechanical ventilation and other supportive measures. 3. There may be a heavy bleeding. If you have a uterine contraction failure, you will be given intravenous oxytocin. If bleeding is very heavy, you may need a blood transfusion. 4. Infection in the uterus may occur. This can cause heavy bleeding or discharge, worsening condition. You may be hospitalized to treat the infection using antibiotics. 5. Uterine content will be removed thoroughly. However, some uterine content may be left inside the uterus. If bleeding continues, further surgery will be necessary to remove uterine content. During the procedure, if you have a serious complication, you will be emergency transferred to the nearest hospital. We will have to have an attendant on the day of your procedure. An important notification after D&C If you have a strong cramps, fever, or heavy bleeding, you need an outpatient medical consultation immediately. A week after your procedure, you will be seen by doctor to check your recovery. We will consult you on contraception for future undesirable pregnancy. It is very rare case to have ectopic pregnancy and intrauterine pregnancy at the same time, if that happens, we will have to treat an ectopic pregnancy after the procedure. If you have any questions, please ask us! Doctor has explained above information and I understand fully. On the basis of the above statement, I consent to have the procedure. And, I received a copy of this consent form.						Fill out the following checklist. Your answers will help you and your healthcare provider decide if Mirena 52mg is a good choice for you. If you have any questions, please ask health care provider to fill out the checklist. Date (yyyy/mm/dd) : _____ <table><tr><td>Name</td><td colspan="3"></td><td>Age</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>Pregnancy history</td><td><input type="checkbox"/>Yes</td><td><input type="checkbox"/>No</td><td></td><td>Delivery History</td><td><input type="checkbox"/>Yes</td><td><input type="checkbox"/>No</td></tr></table>						Name				Age				Pregnancy history	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		Delivery History	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	CHILD'S NAME DATE OF BIRTH October.4.2023 TIME OF BIRTH AM PM : SEX Male Female PLACE OF BIRTH NAME OF HOSPITAL YUI CLINIC ADDRESS 2444-3 Noborikawa Okinawa City Okinawa Japan 904-2142 NAME OF MOTHER NAME OF FATHER						January 20, 2024 To whom it may concern, Please follow up on the following patient at your hospital. Name of Patient : - Date of Birth : // (DD/MM/YYYY) EDC: // (EDC was decided with this fetus size.) Fetal major abnormality can't be found. Pregnancy course is normal. Please refer to the attached sheet for the test results. 2444-3 Noborikawa Okinawa-city Okinawa Tel: 098-989-3801 OB/GYN YUI CLINIC Fumi Shimabukuro M.D.																																
Name				Age																																																													
Pregnancy history	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		Delivery History	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No																																																											
Date (yyyy/mm/dd): _____ Patient's signature _____ Family signature _____ relationship _____ (I need a family member) Emergency contact # _____						<table><tr><td>1</td><td>Have you ever had an allergic reactions (difficulty breathing, hives, eczema, rash) after taking birth control pills or hormone pills in the past?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>2</td><td>Please check the items on the list. (<input type="checkbox"/>Uterine cancer <input type="checkbox"/>Cervical cancer <input type="checkbox"/>Ovarian cancer <input type="checkbox"/>Breast cancer)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>3</td><td>Do you have an irregular bleeding between periods?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>4</td><td>Have you ever been mentioned any abnormality of uterine shape and position in the past?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>5</td><td>Have you been diagnosed with STD (Chlamydia, Gonorrhea, AIDS, etc) and received treatment in the past 3 months? Or are you currently treating it?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>6</td><td>Are you currently treating cervicitis, vaginitis or pelvic inflammatory disease?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>7</td><td>Have you ever had a miscarriage due to endometrium inflammation or endometrium infection in the past 3 months after delivery?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>8</td><td>Have you ever had an ectopic pregnancy in the past?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>9</td><td>Have you ever experienced rushes, slow pulse, etc after placing Mirana or any type of IUD?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>10</td><td>Have you ever diagnosed with liver disorder (hepatitis, Cirrhosis of the liver) or liver tumor?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>11</td><td>Are you currently pregnant? Or is there possibility that you are pregnant?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>12</td><td>Have you ever diagnosed with congenital heart disease or valvular heart disease?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>13</td><td>Have you ever diagnosed with diabetes in the past?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>14</td><td>Has it been more than 6 weeks since you delivered?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>15</td><td>Are you currently breastfeeding?</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>16</td><td>Have you had a c-section or enucleatic myomectomy recently? (Date of operation : _____)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>						1	Have you ever had an allergic reactions (difficulty breathing, hives, eczema, rash) after taking birth control pills or hormone pills in the past?	<input type="checkbox"/>	2	Please check the items on the list. (<input type="checkbox"/> Uterine cancer <input type="checkbox"/> Cervical cancer <input type="checkbox"/> Ovarian cancer <input type="checkbox"/> Breast cancer)	<input type="checkbox"/>	3	Do you have an irregular bleeding between periods?	<input type="checkbox"/>	4	Have you ever been mentioned any abnormality of uterine shape and position in the past?	<input type="checkbox"/>	5	Have you been diagnosed with STD (Chlamydia, Gonorrhea, AIDS, etc) and received treatment in the past 3 months? Or are you currently treating it?	<input type="checkbox"/>	6	Are you currently treating cervicitis, vaginitis or pelvic inflammatory disease?	<input type="checkbox"/>	7	Have you ever had a miscarriage due to endometrium inflammation or endometrium infection in the past 3 months after delivery?	<input type="checkbox"/>	8	Have you ever had an ectopic pregnancy in the past?	<input type="checkbox"/>	9	Have you ever experienced rushes, slow pulse, etc after placing Mirana or any type of IUD?	<input type="checkbox"/>	10	Have you ever diagnosed with liver disorder (hepatitis, Cirrhosis of the liver) or liver tumor?	<input type="checkbox"/>	11	Are you currently pregnant? Or is there possibility that you are pregnant?	<input type="checkbox"/>	12	Have you ever diagnosed with congenital heart disease or valvular heart disease?	<input type="checkbox"/>	13	Have you ever diagnosed with diabetes in the past?	<input type="checkbox"/>	14	Has it been more than 6 weeks since you delivered?	<input type="checkbox"/>	15	Are you currently breastfeeding?	<input type="checkbox"/>	16	Have you had a c-section or enucleatic myomectomy recently? (Date of operation : _____)	<input type="checkbox"/>	Octob					
1	Have you ever had an allergic reactions (difficulty breathing, hives, eczema, rash) after taking birth control pills or hormone pills in the past?	<input type="checkbox"/>																																																															
2	Please check the items on the list. (<input type="checkbox"/> Uterine cancer <input type="checkbox"/> Cervical cancer <input type="checkbox"/> Ovarian cancer <input type="checkbox"/> Breast cancer)	<input type="checkbox"/>																																																															
3	Do you have an irregular bleeding between periods?	<input type="checkbox"/>																																																															
4	Have you ever been mentioned any abnormality of uterine shape and position in the past?	<input type="checkbox"/>																																																															
5	Have you been diagnosed with STD (Chlamydia, Gonorrhea, AIDS, etc) and received treatment in the past 3 months? Or are you currently treating it?	<input type="checkbox"/>																																																															
6	Are you currently treating cervicitis, vaginitis or pelvic inflammatory disease?	<input type="checkbox"/>																																																															
7	Have you ever had a miscarriage due to endometrium inflammation or endometrium infection in the past 3 months after delivery?	<input type="checkbox"/>																																																															
8	Have you ever had an ectopic pregnancy in the past?	<input type="checkbox"/>																																																															
9	Have you ever experienced rushes, slow pulse, etc after placing Mirana or any type of IUD?	<input type="checkbox"/>																																																															
10	Have you ever diagnosed with liver disorder (hepatitis, Cirrhosis of the liver) or liver tumor?	<input type="checkbox"/>																																																															
11	Are you currently pregnant? Or is there possibility that you are pregnant?	<input type="checkbox"/>																																																															
12	Have you ever diagnosed with congenital heart disease or valvular heart disease?	<input type="checkbox"/>																																																															
13	Have you ever diagnosed with diabetes in the past?	<input type="checkbox"/>																																																															
14	Has it been more than 6 weeks since you delivered?	<input type="checkbox"/>																																																															
15	Are you currently breastfeeding?	<input type="checkbox"/>																																																															
16	Have you had a c-section or enucleatic myomectomy recently? (Date of operation : _____)	<input type="checkbox"/>																																																															
						FUMI SHIMABUKURO																																																											

英語対応可能なスタッフの雇用

* 有料の電話通訳サービスを契約

離れた場所にいらっしゃる外国の方とのコミュニケーションをサポートさせていただきます。

実は、三者通話による電話通訳が弊社通訳の約80%以上を占めております。外国人からの各種問合せ、緊急連絡、予約受付、相談などクライアント様のお悩みを電話一本で全て解決いたします。

一般的には馴染みの薄い三者通話ですが、電話通訳におきましては三者通話が最良・最高のソリューションです。

- A 国内外の外国人の方々からの予約・問い合わせなどに対応（インバウンドコール）
- B 国内外の外国人の方々への電話発信（アウトバウンドコール）
- C 各種コールセンターなど自社インフラで三者通話が可能



目の前にいらっしゃる外国の方とのコミュニケーションをサポートさせていただきます。

様々な場所やシーンで外国の方とのコミュニケーションが必要になる場面が増加してきております。弊社スタッフを常駐雇用するほどの費用対効果は望めない…。しかし、「何を求めているか分からない」「□□を伝えたい」…。こんな時、ビーバームが電話で通訳サポートいたします！！

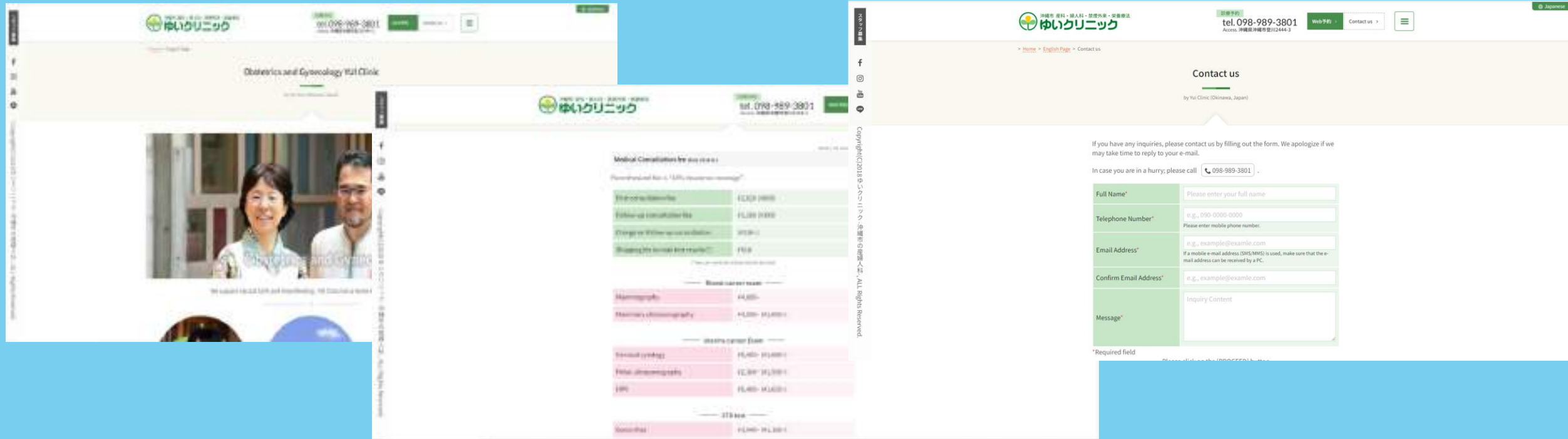


レンタカーと宿泊施設など訪日外国人を受け入れるクライアント様など多様な実績がございます。また、医療サポート、自治体窓口、不動産、金融、交通、水道局、ガスと電力など在住外国人を対象にする、広範囲で豊富な実績がございます。

具体的なサービスの利用状況

外国語サポート会社との契約

* クリニックホームページの英語版作成



具体的なサービスの利用 状況

英語版ホームページの作成

*おきなわ医療通訳サポートセンター

令和5年度おきなわ医療通訳サポートセンターのご案内

外国人観光客が、急な病気やケガに見舞われた場合でも、安心して沖縄観光を楽しめるよう、受入体制の整備や、外国人観光客を受け入れる医療機関等の負担軽減を行うことを目的として各種サポートを行っております。

サービス・窓口の詳細

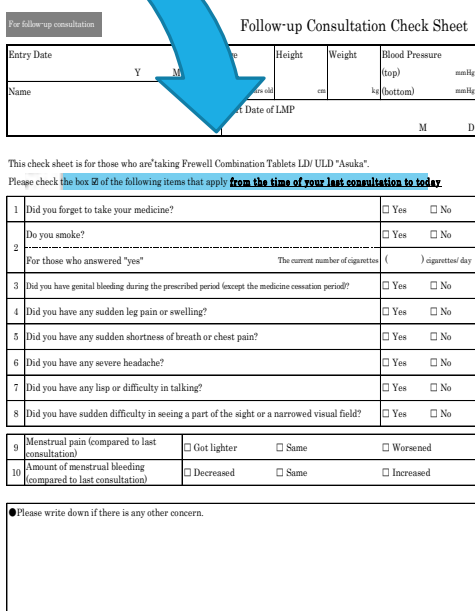
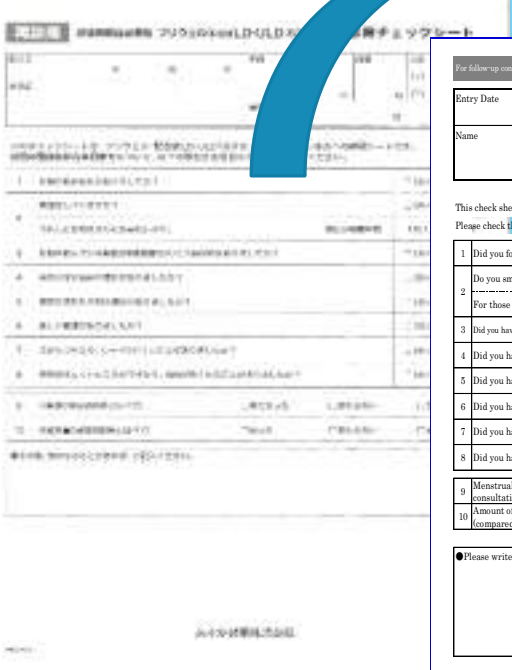
名称	①FreePhone Medical Consultation (外国人観光客向け・緊急医療・夜間の電話相談)	②電話・映像医療通訳サービス	③緊急搬送サービス (医療機関向け)	④インパウンド対応医療窓口 (医療機関向け)
サービス内容	外国人観光客等から病気やケガ等の電話相談の受付、症状等を聞き取り、必要な治療や医療機関紹介可能な医療機関等の案内を行う。	外国人観光客が医療機関に来院した際に、電話機の使用または映像通訳による通訳を提供する。	外国人観光客の対応に必要な前倒し等の診断書・検査結果の提供を行う。	医療機関を受診する外国人観光客の対応に伴う、様々な問題や課題の解決について、医療機関からの相談を受け付ける。
連絡先	番 0570-050-235	番 0570-050-232	Okinawa@okinawa-japan-tourism.com	info@okinawa-japan-tourism.com
利用対象者	外国人観光客等	沖縄県内の医療機関	沖縄県内の医療機関	沖縄県内の医療機関
対応時間	24時間・365日	24時間・365日	24時間・365日 (原則、休日を毎週72時間以内) (納品)	9時~17時・平日
対応言語	英語・中国語(北京語、広東語)・韓国語・ポルトガル語・タガログ語・ベトナム語・スペイン語・インドネシア語・タイ語・ネパール語・フランス語・ロシア語・ミャンマー語・ヒンディー語・モンゴル語・ベトナム語・台湾語(全18言語)	英語・中国語(北京語、広東語)・韓国語・ポルトガル語・タガログ語・ベトナム語・スペイン語・インドネシア語・タイ語・ネパール語・フランス語・ロシア語・ミャンマー語・ヒンディー語・モンゴル語・ベトナム語・台湾語(全18言語)	英語・中国語(閩南語、客家語)・韓国語・ポルトガル語・タガログ語・ベトナム語・スペイン語・インドネシア語・タイ語・ネパール語・フランス語・ロシア語・ミャンマー語・ヒンディー語・モンゴル語・ベトナム語・台湾語(全20言語)	日本語での相談になります
備考		【0570番線は、通話料無料に特約】 アラビア語、ウルドー語、タミル語、ダリ語、バシエート語、ベンガル語、ラオス語、イタリヤ語、ドイツ語、トルコ語、シンハラ語、タミル語、サタライ語	※サービス利用の際は以下の事項をアットにしてください。 ①医療機関の名称と所在地②通話料③通話料の負担目的④相談内容の要約⑤緊急連絡先 【申込形式：日本語または英語での受付】 ⑥納品コード⑦備考：(特記事項がある場合は記載ください)	※基本はメールでの受付、対応せず、緊急の場合は電話での対応も可能。 TEL:0570-050-235

【問い合わせ先】
「おきなわ医療通訳サポートセンター」
医療通訳サービス運営事務局 (受付事業部：メディアフォン株式会社)
番 0570-001-003



一詳細はこちらからご覧ください
<https://www.pref.okinawa.jp/114/oknwa-support/okinawa-japan-tourism/typerforoknwa-support.html>

沖縄インパウンド医療



Follow-up Consultation Check Sheet

Entry Date: Y M D
Name: _____
Height: _____ cm
Weight: _____ kg
Blood Pressure: _____ mmHg
Date of LMP: _____ M D

This check sheet is for those who are taking Frewell Combination Tablets LDU/ULD "Asuka".
Please check the box of the following items that apply from the time of your last consultation to today.

1 Did you forget to take your medicine?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2 Do you smoke?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
For those who answered "yes" The current number of cigarettes () cigarettes/day	
3 Did you have genital bleeding during the prescribed period (except the medicine cessation period)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4 Did you have any sudden leg pain or swelling?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5 Did you have any sudden shortness of breath or chest pain?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6 Did you have any severe headache?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7 Did you have any lip or difficulty in talking?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8 Did you have sudden difficulty in seeing a part of the sight or a narrowed visual field?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9 Menstrual pain (compared to last consultation)	<input type="checkbox"/> Got lighter <input type="checkbox"/> Same <input type="checkbox"/> Worsened
10 Amount of menstrual bleeding (compared to last consultation)	<input type="checkbox"/> Decreased <input type="checkbox"/> Same <input type="checkbox"/> Increased

●Please write down if there is any other concern.

具体的なサービスの利用状況

おきなわ医療通訳サポートセンターの利用

* 日本医師会医師賠償責任保険医療通訳サービスの利用

医療通訳サービスの概要

契約形式: 日本医師会医師賠償責任保険 基本契約への医療通訳サービスの付帯

利用対象者: 開設者・管理者が日本医師会 A1 会員である医療機関の医師・職員

医療通訳の内容

電話医療通訳: A1 会員一人あたり年間 20 回まで無料、19 言語、毎日 8:30~24:00

【電話医療通訳 専用電話番号】

050-3188-1289

※無料利用回数を超過した場合、追加費用は時間精算となり、5 分毎 1,500 円(税抜)を利用した

A1 会員の先生方にご負担いただきます。

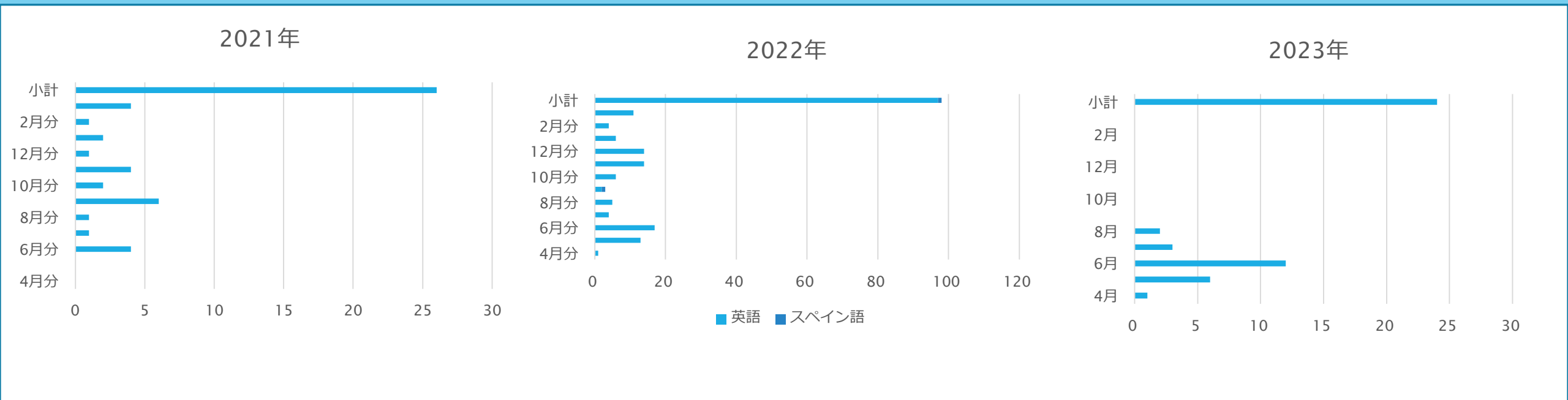
※なお「ウクライナから避難された患者やその親族」における医療通訳サービスにつきましては、対象言語に関わらず、年間 20 回の回数制限から除外して対応いたします。

機械翻訳: 回数無制限、18 言語、毎日 24 時間(無料)

The diagram illustrates the transition from a calendar view to a detailed service schedule table. A blue arrow points from a calendar view on the left to a detailed table on the right. The table is titled '1月' (January) and contains columns for '曜日' (Day of the Week), '時間' (Time), '言語' (Language), and 'サービス' (Service). The table lists various languages and services available throughout the month, with a note indicating that the service is available for A1 members.

具体的なサービスの利用状況

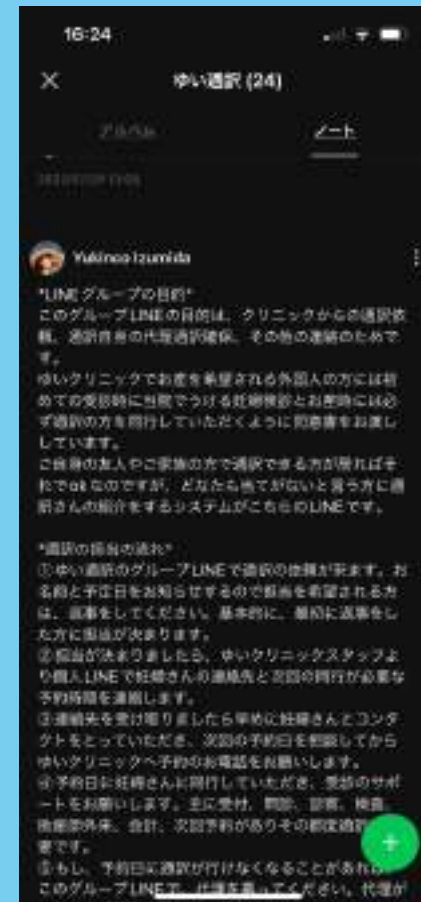
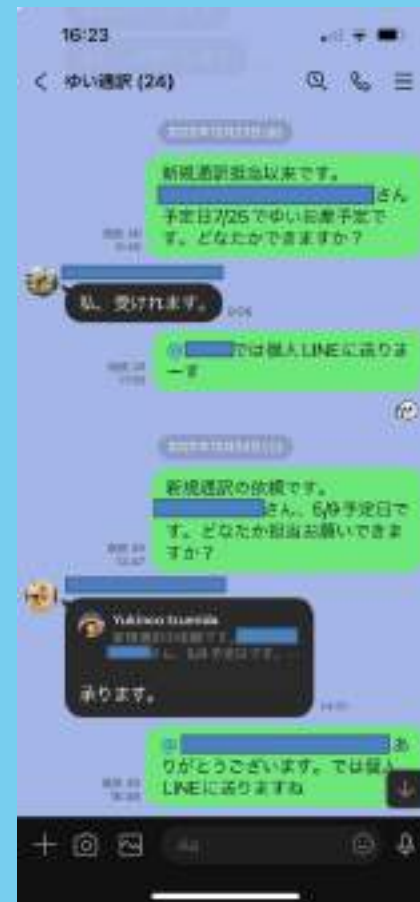
日本医師会医師賠償責任保険
医療通訳サービスの利用



医療通訳サービスの利用 状況

LINEを利用

- * 新規の患者様の担当決め
- * 健診、お産待機のバックアップの依頼
- * 疑問などの解消
- * 新規の通訳希望の方たちにゆいでの通訳内容の確認



個人通訳者の紹介サービス

ゆいクリニック独自サービス

17:12
メルライフ
文字サイズ 小 中 大 Language 日本語

ゆいクリニック

Web問診の入力のみでは予約とはなりません。Web予約画面からのご予約、またはお電話【098-989-3801】でのご予約を必ずお取ってください。（電話予約は外来診療時間内をお願いします）。Web問診に当院への質問を記入されましても返信することはできませんので、ご質問はお問い合わせメールまたは診療時間内にお電話にてお問い合わせ下さい。

診察券番号がわかりますか？

☒ はい ☐ いいえ(初診)

☐ 以前受診したことがあるが、番号はわからない

診察券番号

氏名

姓 名 氏 名 (カナ)

メルライフ



17:14
melife
font size small Language Japanese
During Big

Yui Clinic

Merely filling out the online medical questionnaire does not constitute a reservation. Please be sure to make a reservation from the web reservation screen or by phone at 098-989-3801. (Please make telephone reservations during outpatient clinic hours). We will not be able to reply to any questions you may have about our clinic in the online questionnaire, so if you have any questions, please contact us by email or by phone during clinic hours.

Do you know your medical card number?

☒ yes ☐ No (first visit)

☐ I've been to the doctor before, but I don't know the number

Medical card number

full name

Name (kanji)

* 2022年よりWEB問診のメルプを採用

* スマートフォンなどのデバイスからQRコードの読み取り後、回答

* クロームなどのブラウザの機能で自動翻訳が可能

その他利用サービス

Web問診の採用

妊婦さんの個別受け通訳者の費用負担
通訳不在時のちょっとしたやりとり
英語圏でない方の通訳の個別通訳
婦人科受診をする方の受診時の通訳
通訳スタッフの雇用の安定化
既存スタッフの英語力向上のための取り組み
再度有料サービスへの契約へ切り替えて行くかどうか
の検討

今後の展望と課題

- * 無料で使える医療通訳サービスの活用
- * スマホやタブレットなどのデバイスの利用
- * 個人または医療機関の医療通訳者の活躍

まとめ

外国人の受け入れの有効サービスとツール