保護病人權益辦公室的提示

殘障人士語言交流服務 Communication Assistance If You Have a Disability

THE PATIENT ADVOCATE

請選擇以下所有您需要的項目。預先通知醫生診所您的殘障需要。
您可以讓醫生在您的醫療記錄中保存一份本清單副本。

- ☐ 我看病時雖然會有人陪同，但是請直接與我對話。
- ☐ 請在談話時使用日常用語，並在語句之間稍微停頓。
- ☐ 請盡量用圖片、模型或示范的方式向我解釋問題。
- ☐ 我需要額外的時間回答問題和提出問題。
- ☐ 我做筆記有困難，我需要錄音我們的談話。

☐ 我是 ☐ 失聰或 ☐ 弱聽人士。

- ☐ 我依靠看人嘴型辨別講話內容。講話時請您面對著我，請不要遮住您的嘴。
- ☐ 說話時請大聲一些，這樣我才聽得見。
- ☐ 我需要懂得以下語言的手語翻譯員:
  ☐ 美國手語(ASL) ☐ 英語手語 ☐ 其他: _____

☐ 我講話緩慢而且不容易被聽懂。

- ☐ 如果您不理解我說的話，請要求我重復，直至您理解我。
- ☐ 如果您還是不理解，請要求我:
  ☐ 使用紙和筆 ☐ 拼寫字母 ☐ 其他: _____
  我使用語言交流器材或語言交流板。
  ☐ 可以 ☐ 不可以 在我說話時打斷我，或幫助我完成我的語句。

☐ 我需要幫助使用表格與醫療指示。

- ☐ 我需要以下形式的同意書和指示:
  ☐ 請念給我聽 ☐ 譯成盲文 ☐ 大字印刷體
  ☐ 錄成CD ☐ 儲存在USB硬盤上 ☐ 錄成磁帶
- ☐ 我需要幫助填寫表格。
  請在我會診之前把我所需的表格 ☐ 郵寄或 ☐ 發電子郵件給我。我會在家填寫，到會診時帶來。

本清單經過 June Isaacson Kailes (Associate Director, CDIHP) 同意，修改使用。