**遠隔医療相談　同意書**

**GIẤY ĐỒNG Ý TƯ VẤN Y TẾ TỪ XA**

国際医療福祉大学成田病院での遠隔医療相談受診に際して、下記事項に同意の上、

申し込み致します。（同意について、下記項目のチェック欄に✔記載）

Tôi đồng ý với các mục sau đây và đăng ký tư vấn y tế từ xa tại Bệnh viện Narita - Đại học Y tế Phúc lợi Quốc tế. (điền dấu ✔ vào ô phía trước các mục đồng ý)

* 訴訟等の目的に使用しないこと

Không sử dụng cho mục đích kiện tụng, v.v.

* 医療費に関する相談目的に使用しないこと

Không sử dụng cho mục đích tư vấn về chi phí y tế.

* 定められた金額を事前に支払うこと

Thanh toán trước số tiền được chỉ định.

* 提出した個人情報、診療情報などの記載事項に相違ないこと

Các thông tin cá nhân, thông tin y tế, v.v. được cung cấp phải chính xác.

※ 必ず患者様ご本人がご署名ください。

\*Bệnh nhân phải trực tiếp ký tên.

※ 受診前日までに本同意書と患者様の身分証明書（運転免許証、パスポート等）の写しを

一緒にご提出ください。

\*Vui lòng nộp Giấy đồng ý này cùng bản photo giấy tờ tùy thân (bằng lái xe, hộ chiếu, v.v.) trước ngày tư vấn.

Năm 年 tháng 月 ngày 日

Bệnh nhân 患者様

Ký tên (họ tên viết hoa không dấu) 署 名

Địa chỉ 住 所

SĐT 電話番号