

远程医疗咨询 同意书

遠隔医療相談 同意書

在国际医疗福祉大学成田医院接受远程医疗咨询前，请同意以下事项，并提交申请。（请在同意的项目栏中 ✓ 打勾）

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）

- 不用于诉讼等目的 訴訟等の目的に使用しないこと
- 不用于医疗费用相关咨询目的 医療費に関する相談目的に使用しないこと
- 事先支付规定金額 定められた金額を事前に支払うこと
- 提交的个人信息、诊疗信息等内容无误 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

※ 请患者本人务必签名。必ず患者様ご本人がご署名ください。

※ 请在就诊前一天之前提交本同意书及患者的身份证明文件（护照等）的复印件。

受診前日までに本同意書と患者様の身分証明書（パスポート等）の写しを一緒にご提出ください。

____年 ____月 ____日

患者 患者様

签名 署名 _____

住址 住所 _____

电话号码 電話番号 _____