

International Affairs Office, IUHW Narita Hospital 国際医療福祉大学成田病院 国際室
**Agreement Form for (Proxy/Remote) Second Opinion Consultation Service for
International Patients (代理・遠隔)外国人医療相談外来 相談同意書**

I hereby agree to accept the following conditions and apply to the (proxy/remote) second opinion service for international patients at IUHW Narita Hospital (please check the boxes below for the items that you agree on).
国際医療福祉大学成田病院での(代理・遠隔)外国人医療相談外来受診に際して、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)

- The service will not be used for the purposes of legal actions. 訴訟等の目的に使用しないこと
- Such topics as medical expenses cannot be consulted. 医療費に関する相談目的に使用しないこと
- Designated consultation fees shall be paid in advance. 定められた金額を事前に支払うこと
- All information that you submit (including your personal information, medical information, and, if applied, relation with your proxy) must be correct.

提出した個人情報、診療情報、(代理人の場合)患者様との続柄などの記載事項に相違ないこと

<Additional condition only for the proxy second opinion consultation service 代理外国人医療相談外来のみの追加条件>

- Details on your diseases shall be explained to your proxy (name) _____
(relation) _____. 代理人(氏名) _____ (患者様との続柄) _____ に対し、疾患について説明をすること

* The patient's name and his/her signature are required even for the proxy second opinion service.

代理人のみの受診の場合でも、患者様ご本人のご署名が必要になります。

*** Please submit this form and a copy of ID (such as driving license or passport) for the person who actually consult, by one day before the appointment at latest.**

受診前日までに、相談者は必ず本書面と相談者の身分証明書(運転免許書やパスポート等)の写しを一緒にご提出ください。

(YYYY) / (MMM) / (DD)

年 月 日

<Patient 患者様本人>

Printed name 氏名: _____

Signature 署名: _____

Address 住所: _____

Phone 電話番号: _____

<Proxy 代理人>

Printed name 氏名: _____

Signature 署名: _____

Address 住所: _____

Phone 電話番号: _____