

## 遠隔医療相談 同意書

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)

- 訴訟等の目的に使用しないこと
- 医療費に関する相談目的に使用しないこと
- 定められた金額を事前に支払うこと
- 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

※ 必ず患者様ご本人がご署名ください。

※ 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。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

患者様

署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_