

GIẤY ĐỒNG Ý TƯ VẤN Y TẾ NGOẠI TRÚ (ỦY QUYỀN/TỪ XA)

(代理・遠隔)外国人医療相談外来 相談同意書

Tôi đồng ý với các mục sau đây và đăng ký tư vấn y tế ngoại trú (ủy quyền/từ xa) cho người nước ngoài tại Bệnh viện Narita - Đại học Y tế Phúc lợi Quốc tế. (các mục đồng ý có điền dấu ✓ vào ô phía trước)
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)

- Không sử dụng cho mục đích kiện tụng, v.v. 訴訟等の目的に使用しないこと
- Không sử dụng cho mục đích tư vấn về chi phí y tế. 医療費に関する相談目的に使用しないこと
- Thanh toán trước số tiền chi định. 定められた金額を事前に支払うこと
- Giải thích về tình trạng bệnh cho người đại diện (họ tên) _____
(mối quan hệ với bệnh nhân) _____ 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
- Các thông tin cá nhân, thông tin y tế đã gửi, các mục đã điền như mối quan hệ với bệnh nhân (trong trường hợp là người đại diện), v.v. là chính xác.
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

*Chữ ký của bệnh nhân là bắt buộc, ngay cả khi chỉ có người đại diện tới nhận tư vấn.

※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。

***Người nhận tư vấn vui lòng nộp biểu mẫu này cùng bản photo giấy tờ tùy thân (bằng lái xe, hộ chiếu, v.v.) cho bệnh viện trước ngày tư vấn.**

※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、パスポート等) の写しを一緒にご提出ください。

Năm _____ 年 Tháng _____ 月 Ngày _____ 日

Bệnh nhân 患者様本人

Kí họ tên viết hoa không dấu 署名 _____

Địa chỉ 住所 _____

SĐT 電話番号 _____

Người nhận tư vấn (người đại diện) 相談者 (代理人)

Kí họ tên viết hoa không dấu 署名 _____

Địa chỉ 住所 _____

SĐT 電話番号 _____