

《訪問診療同意及び申込書》

※当クリニックは、『在宅療養支援診療所』として厚生労働省に届けしております。
訪問診療を実施するにあたり、下記事項をご確認頂き、同意されましたら、署名及び押印下さい。

◎訪問診療とは、基本的に月2回の計画的な医学管理の下、定期的を実施します。
◎訪問内容は、内科診療を中心に診察、処方、検査、処置、医学管理、緊急時の連携医療機関への手配等、総合的な診療です。

◎診療時間外（夜間・休日等）に急変があった場合にも、医師・看護師等が連携を取り、24時間対応体制で、状況に応じ適切な対応を致します。
◎在宅療養に係る費用は、医療保険で取り扱われます。詳細は別紙をご参照下さい。

☆在宅療養を行うにあたり知り得た個人情報等は厳守いたしますが、『個人情報保護指針』に基づき、他の医療機関や介護施設等連携上必要な情報については、提供する場合がございます。

記入日		年 月 日					
ご本人 (患者様)	ふりがな				施設名		
	氏名	Ⓜ			(階)		
	住所	〒 -					
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢	歳
	ご連絡先	TEL					
		FAX					
緊急時連絡先	① 氏名		続柄		連絡先	-	
	② 氏名		続柄		連絡先	-	

ご家族 (代理人)	ふりがな				続柄
	氏名	Ⓜ			
	住所	〒 -			
	ご連絡先	TEL	-	-	
携帯電話		-	-		
FAX		-	-		

請求書送付先	ご本人様宛・ご家族様宛・入居施設宛	その他
--------	-------------------	-----