

訪問診療同意書 兼 申込書

当クリニックは、「在宅療養支援診療所」に登録されている診療所です。
以下の注意点にご了解いただき、下記に署名・捺印にてお申込みをお願い致します。

- ① 訪問診療は、お体の状態に応じた医学的根拠にて定期的に訪問回数を決定いたします。
(医師・看護師合わせて週4回 医師にて月2回 初診以降の体調によってご相談)
- ② 電話による問い合わせは、24時間、365日可能です。
- ③ 緊急による(予定外)の往診も実施しますが、医師が検査を必要と判断した場合は外来受診をしていただく場合があります。
- ④ 訪問診療に係る費用は医療保険の取り扱いになります。訪問診療の回数、医療処置等によりご請求いたします。また、別途在宅療養管理指導料、薬剤にかかる費用等が発生する場合があります。
- ⑤ 在宅診療にあたり、知り得た情報は個人情報となり秘密扱いとさせていただきますが、「個人情報保護指針」に基づき他の医療機関、介護保険施設等との連携上必要な情報については提供する場合があります。
- ⑥ 医療費のお支払いに支障が生じた場合は、医療サービスを停止する場合があります。
- ⑦ 連帯保証人様は契約者ご本人様と連帯して医療費の支払い義務を負います。

上記内容に基づき、訪問診療の注意事項を説明いたしました。

年 月 日
医療法人元気会 わかさクリニック
院長 間嶋 崇
〒359-1151 埼玉県所沢市若狭4-2468-31
04-2949-2426 (代表)
04-2938-4511 (連携室)
説明者

上記内容に同意して署名・捺印を致します。

フリガナ		性 別		生年 月日	明治・大正・昭和・平成		
患者名 (本人)	印	男	女		年 月 日生		
ご住所	〒						
電話番号	自宅		携帯				

フリガナ		続 柄
同意者 連帯保証人	印	
ご住所	〒	
電話番号	自宅 携帯	

請求書送付先が異なる場合	氏名 ご住所 〒 TEL : 携帯 :	支払い方法 毎月28日にご指定の口座よりお振替いたします。休日の場合は翌営業日となります。
--------------	-----------------------------------	---