

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」についての説明を受け理解した上で、ルピナスこどもクリニックを主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談・指導等を受けることに同意します

※「小児かかりつけ診療料」は1人の患者さんにつき1か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出て下さい(当院をかかりつけ医として登録後も、かかりつけ医以外の医療機関の受診を妨げるものではありません)

※ 登録いただいた方にのみ、夜間連絡用の電話番号をお教えしています。ほかの方へは教えないようお願いいたします

※ 登録は任意で、解除はいつでも可能です

年 月 日

(患者氏名)

(生年月日)

年 月 日

(保護者署名)

(登録電話番号)

- -
