

訪問診療同意書 兼 申込書

当医院は、「在宅療養支援診療所」に登録されている診療所でございます。

以下の注意点にご了解頂けましたら、下記に署名捺印にてお申し込みをお願いいたします。

1. 訪問診療は、月2回以上の計画的訪問を実施いたします。
2. 電話によるお問い合わせは、24時間、365日、対応が可能です。
3. 緊急による（予定外）の往診も行いますが、医師が検査・入院が必要と判断した場合、医師が往診対応出来ない場合は、他の医療機関に受診して頂く場合があります。また、服薬にて経過観察と判断した場合に処方での対応となる場合もあります。あらかじめご了承願います。
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、医療処置によるご請求となります。別途、居宅療養管理指導料、薬剤にかかる費用が発生致します。
5. 在宅診療にあたり、知り得た情報は個人情報として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. 医療費のお支払に支障が生じた場合は、医療サービスを停止する場合がございますことをご了承願います。
7. 何らかの事情により、初回訪問のみとなった場合でも往診料等発生致します。
8. 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。

お問い合わせ等ございましたら、下記連絡先、当医院へご連絡ください。

医療法人悟明会田口医院 〒349-0122 埼玉県蓮田市上 2-2-6
 TEL:048-768-0179 FAX:048-769-5681

上記内容に同意して署名・捺印を致します。

年 月 日

フリガナ		【性別】 男・女	生年月日	明治・大正・昭和
患者名 (本人)	(印)			年 月 日生
ご住所	〒			
電話番号	自宅	携帯電話		

同意者 連帯保証人	フリガナ	(印)	続柄
	氏名		
ご住所	〒		
電話番号	自宅	携帯番号	

請求書送付先が異なる場合

フリガナ 氏名 住所 〒 TEL: () 携帯 - -	支払方法 口座引落し 毎月28日に引落しになります。 休日の場合は翌営業日となります。
--	---