「小児かかりつけ診療」に関する同意書

「小児かかりつけ診療」についてのご案内を確認し、

理解した上で、大川こども＆内科クリニック 医師を

主治医として、病気の際の診療、継続的な管理、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いたします。

※「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ください。

年　　　月　　　日

診察券番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お子様のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者様電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆大川こども＆内科クリニック☆