

訪問診療に関する同意書

この度、訪問診療を利用するにあたり、下記の事項について説明を受け訪問診療を行って頂く事に同意いたします。

記

1. 訪問診療計画の内容について説明を受け、月2回の定期訪問診療実施と診療時間外で急用な場合の連絡方法の説明
2. 訪問診療に関して医療費の支払い法についての説明
3. 連携医療機関・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所等に情報の提供と共有
4. 訪問診療をするにあたり敷地内に立ち入ること

以上

香川医療生活協同組合
生協みき診療所
佐藤龍平 印

TEL：087-891-0303

西暦 年 月 日

ご利用者 氏 名 印
(代筆者 続柄)

ご利用者家族 氏 名 印