

「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」について説明を受け、理解した上で
かわなこどもクリニック 医師 川名 伸子 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カ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、署名をする前にお申し出ください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

(患者氏名)

(歳 か月) / (診察券ID)

(歳 か月) / (診察券ID)

(歳 か月) / (診察券ID)

(保護者氏名)

(登録電話番号) ①

()

②

()