

訪問診療同意書 兼 申込書

(R 年 月 日)

- ① 訪問診療は患者様に応じて、計画的な医学管理の下、定期的を実施します。
- ② 緊急時は往診（予定外の訪問による診療）も可能です。病状等により、検査・処置が必要と判断した場合、他院への受診等が必要となることがあります。
- ③ 訪問診療を行うにあたり、知りえた個人情報等は厳守します。他の医療機関や介護施設、訪問看護ステーション等と医療連携時において、必要な情報を提供する場合があります。
- ④ 処方箋の取り扱いを行う調剤薬局に関しては、当院に一任します。（ ）
- ⑤ 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、医療処置によりご請求となります。別途、お薬代がかかります。
- ⑥ 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。

*お問い合わせ等がありましたら、下記へお問い合わせください。

医療法人大地 ひらさ内科 院長 藤崎裕幸

〒895-0012 薩摩川内市平佐町 3733-1

☎0996-22-6122



HP



LINE 公式



Instagram

*上記内容に同意して署名をお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日
患者名 (本人)		男・女	M・T・S 年 月 日生
ご住所	〒 薩摩川内市 町		
電話番号	自宅	携帯番号	

連帯保証人①

フリガナ		続柄
連帯保証人 氏名		
ご住所	〒	
電話番号	自宅	携帯番号

連帯保証人②

フリガナ		続柄
連帯保証人 氏名		
ご住所	〒	
電話番号	自宅	携帯番号