

医療法人 西村クリニック

〒583-0021 大阪府藤井寺市御舟町 3 番 1 号

TEL : 072-952-8460 FAX : 072-952-8603

以下の事項をよくお読みいただき、同意されましたらご署名およびご捺印ください。

1. 訪問診療は、基本的に月 2 回の計画的な医学管理の下で定期的を実施いたします。
2. 緊急時は往診(予定外の訪問による診療)も可能ですが、検査や処置が必要と判断した場合は、別途に病院(他の医療機関を含む)を受診していただく場合があります。予めご了承ください。
3. 在宅医療に関わる費用は医療保険で取り扱われます。その際、訪問診療の都度、医学的管理及び指導等に係る費用が発生いたします。その他、訪問に係る交通費・調剤薬局や介護保険による費用は別途にご負担いただく必要があります。
4. 訪問診療を行うに当たり知り得た個人情報等は厳守いたしますが、当院の「個人情報保護指針」に基づき、他の医療機関や介護施設等との連携上必要と考えられる情報については適宜提供する場合があります。予めご了承ください。

記入日： 年 月 日 (記入者： 御本人 御家族)

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女		
住所		連絡先		
医療法人西村クリニックの訪問診療に同意し、申し込みをいたします。				
同意者 (ご家族)	氏名： _____ (続柄： _____) 連絡先： _____			
お支払方法	■ 窓口	月・火・水・金曜日： 9 時～12 時， 16 時半～19 時 土曜日： 9 時～12 時		