

小児かかりつけ診療料に関する同意書

わたしは医療法人社団あいクリニックの小児かかりつけ診療患者として、診療料算定について十分に説明を受け、納得いたしましたので、病気の診療、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。そのために、氏名を登録致します。

令和 年 月 日

患者様 氏名：

保護者様 氏名：

※) 小児かかりつけ診療料は 1 人の患者様につき 1 箇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、あいクリニックで登録済みのことを、その医療機関でお申し出ください。