

訪問診療同意書 兼 申込書

医療法人 黒川診療所は「在宅療養支援診療所」として厚生労働省に届出しています。

以下の注意事項にご了承いただけましたら、下記にご記入ください。

1. 訪問診療は、月1回以上の計画的訪問を実施いたします。
2. 電話によるお問い合わせは、24 時間、医師による対応が可能です。
3. 緊急による（予定外）の往診も行いますが、医師が検査や入院が必要と判断した場合、投薬による経過観察と判断した場合、医師が往診対応できない場合は、他の医療機関に受診して頂く場合があります。
4. 在宅療養に係る費用は原則的に医療保険/介護保険で取り扱われます。
5. 訪問診療にあたり、知り得た個人情報 は秘密扱いとさせていただきますが、療養上必要な場合には他の医療機関、介護保険施設等と共有する場合があります。

記入日：令和 年 月 日（記入者 ☐ 患者本人 ☐ 同意者）

ふりがな		性別		明治 大正 昭和 平成	
患者 氏名		男・女	生年月日		年 月 日 (歳)
住所	〒 -			電話番号	
同意者	続柄：			電話番号 緊急連絡先	
住所	〒 -			建物名：	号室

書類等 送付先 (送付先が異なる場合)	ふりがな 氏名 住所 〒 - TEL： ()
---------------------------	---

かかりつけの薬局	薬局名： TEL： ()
自宅療養の方針	☐ なにかあったら入院（希望する入院先：① ② ） ☐ 自宅でできる範囲内での医療（治療）を受けて自宅療養を継続する ☐ 医師等と相談のうえで決定する ☐ その他（ ）