**訪問診療同意書　兼　申込書**

医療法人　晃和会　北田医院は「強化型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、下記に署名・捺印にてお申込みください。

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）の訪問診療も行いますが、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。あらかじめご了承願います。

４．訪問診療にかかる費用は医療保険の取り扱いになります。負担の割合や訪問診療の回数によりご請求となります。別途、居宅管理指導料、薬剤にかかる費用が発生致します。

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、「個人情報保護指針」に基づき他の医療機関、介護保険施設等との連携上必要な情報については、共有する場合があります。

６．医療費のお支払に支障が生じた場合は、医療サービスを停止する場合がありますことをご了承願います。また、連帯保証人様は、ご本人と連帯して医療費の支払い義務を負います。

お問い合わせ等ありましたら、下記医院まで　ご連絡ください。

**医療法人　晃和会　北田医院**

院長　　北田　博一

〒　538-0044　大阪市鶴見区放出東2-4-1

℡　06-6961-2817

上記内容に同意して署名・捺印をいたします。　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　月　　日生 |
| 患者名（本人） | ㊞ | 男　　女 |
| ご住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯番号 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 続　柄 |  |
| 同意者連帯保証人 | ㊞ |  |
| ご住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯番号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求書送付先が異なる場合 | フリガナ氏名ご住所　〒電話番号 | 支払方法利用月の月末に金額を算定し、翌月5日に請求書を郵送いたします。1. 事業者指定口座への振り込み

りそな銀行　城東支店普通預金口座NO.5570435医療法人　晃和会1. 現金支払い

医療保険；北田医院外来介護保険；在宅事業部（2F） |