

訪問診療同意書 兼 申込書

医療法人 晃和会 北田医院は「機能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、他の医療機関を受診して頂く場合があります。あらかじめご了承ください。
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、知り得た個人情報に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
TEL 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	【支払方法】 診療費及びその他の費用について、利用した月の翌月中旬に利用月分の請求書を送付いたします。 お支払いは、利用した翌月の28日（土日祝の場合は直後の平日）に自動振替いたします。
	ご住所 〒	
	電話番号	