

「小児かかりつけ診療制度」に関する同意書

「小児かかりつけ診療制度」について説明を受け、理解した上で、
清水小児科アレルギークリニック 医師 清水俊男 を主治医
として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に
関する相談・指導を受けることに同意致します。

※「小児かかりつけ診療制度」は1人の患者様につき1か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、署名する前にお申し出ください。また、当院をかかりつけ医としてご登録いただいた後に、かかりつけ医を他院に変更する場合はお申し出ください。

※診療料金としては、こども医療費受給資格証をお持ちの方は、窓口料金は今までどおり変わりません。受給資格証をお持ちでない方は、窓口支払い時60円程度の負担増となります事をご了承ください。

※この制度は登録していただいた患者様を、他の患者様よりも優先して診療させて頂くものではありませんのでご了承ください。

※現在他の医療機関で継続して治療を受けている場合は、以下にご記入ください。

〔 _____ 〕 病院（診療所）、 疾患名 〔 _____ 〕

〔 _____ 〕 病院（診療所）、 疾患名 〔 _____ 〕

20 年 月 日

（お子様氏名） _____ （生年月日） _____ 年 月 日生

（保護者氏名） _____ （登録電話番号） _____