

訪問診療同意書

◎訪問診療とは、基本的に月2回の計画的な医学管理の下、定期的を実施します。

◎訪問内容は、内科診療を中心に診察、処方、検査、処置、医学管理、緊急時の連携医療機関への手配等、総合的な診療です。

◎診療時間外（夜間・休日等）に急変があった場合にも、医師・看護師等が連携を取り、24時間対応体制で、状況に応じて適切な対応を致します。

◎在宅療養に係る費用は、医療保険で取り扱われます。詳細は別紙をご参照ください。

在宅療養を行うにあたり知り得た個人情報等は厳守致しますが、『個人情報保護指針』に基づき、他の医療機関や介護施設等連携上必要な情報については、提供する場合が御座います。

	記入日	令和 年 月 日			
ご本人（患者様）	ふりがな				
	氏名	①			
	住所	〒 ー			
	生年月日	合 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月		年齢 歳	
	ご連絡先	TEL			
		FAX			
	緊急時連絡先	① 氏名	続柄（ ）	連絡先	
		② 氏名	続柄（ ）	連絡先	

ご家族様（代理人）	ふりがな				
	氏名	続柄（ ）			
	住所	〒 ー			
	ご連絡先	TEL			
携帯電話					

医療法人恵和会 恵和会総合クリニック
 〒574-0036 大東市末広町7-7東邦ビル
 TEL : 072-889-1122 FAX : 072-889-1118