

クリニック 訪問診療 申込書・同意書

フリガナ		性別	明治 大正 昭和 平成
氏名	様	男・女	年 月 日 生
住所	自宅・施設：施設名() 部屋：()		
〒			
電話番号	自宅・携帯・施設 ()		

緊急連絡先

氏名	様	本人との関係	
住所	〒		電話番号

請求連絡先（緊急連絡先と違う場合）

氏名	様	本人との関係	
住所	〒		電話番号

保険証

保険証の種類	国保・社保・後期高齢・障害者・生活保護(福祉：)		
介護保険	未申請・申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5		
担当ケアマネジャー	様	事業所名	
住所	〒		電話番号

私は、訪問診療並びに在宅療養計画の内容について説明を受け、クリニックに在宅での訪問診療を行っていただくことに同意いたします。また、以下の内容に対して私の個人情報の利用・提供することにも併せて同意致します。

記

- 1、他の保健医療関連業種との連携による個人情報の利用
 - ・当院以外の病院、診療所、薬局(処方せんの取扱い)、訪問看護ステーション、介護サービス事業者、居宅介護支援事業所等(サービス担当者会議等)、行政担当者への紹介
(紹介先医療機関、サービス事業者等からの照会への回答を含む)
 - ・診療にあたって外部の医師等の意見・助言を求める場合

申込年月日 H 年 月 日

※ 患者さま本人記入欄

患者本人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※ 代筆者さま記入欄（患者さまが身体的・精神的に記載できない場合）

代筆者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

理由 _____

患者さま氏名 ()

続柄 ()