

訪問診療利用同意書 兼 申込書

当院は、「在宅療養支援病院」に登録されている病院です。以下の注意点にご了解いただけましたら、署名・捺印にてお申込みをお願い致します。

- ① 訪問診療は、月2回以上の計画的訪問を実施致します。
- ② 緊急時の電話による問合せは、24時間、365日対応が可能です。
- 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・入院が必要と判断した場合、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。あらかじめご了承願います。
- ④ 訪問診療に係る費用は医療保険の取り扱いになります。訪問診療の回数、医療処置によりご請求となります。別途、居宅療養管理指導料（介護保険）、薬剤にかかる費用が発生致します。
- ⑤ 診療にあたり、知り得た情報は個人情報として秘密扱いとさせていただきますが、他医療機関介護事業者等との連携上必要な情報については、提供する場合があります。
- ⑥ 医療費のお支払いに支障が生じた場合は、医療サービスを停止する場合がございますことをご了承願います。
- ⑦ 連帯保証人様は契約者ご本人様と連帯して医療費の支払い義務を負います。

医療法人社団 耕潤会 ハートフルふじしろ病院
〒300-1505 茨城県取手市下萱場225
TEL: 0297-83-7177

以上に同意して署名・捺印致します

年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成
患者名	㊞	男 女		年 月 日
住 所	〒			
電話番号		携帯番号		

フリガナ		（※必須）	
家族または保証人	㊞		
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	

請求書・領収書の 送付先が異なる場合は ご記入ください	氏 名 : 住 所 : 電話番号 : 携帯番号 :
-----------------------------------	------------------------------------