

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、中村小児科医院 医師 中村英夫を主治医として、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・指導等を受けることに同意いたします。

※ 「小児かかりつけ診療料」は1人の患者さんにつき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。

(患者氏名)

(保護者署名)
