

## 訪問診療等同意書

訪問診療	在宅療養計画に基づき計画・定期的に訪問し健康管理を行います。
居宅療養管理指導	利用者・家族等に対する療養上必要な指導・助言等を行います。 ケアマネージャーが作成するケアプランに必要な情報提供を画面にて提供します。
個人情報の取り扱い	知り得た情報は外部に漏らしません。ただし、ケアマネージャー、介護スタッフ、連携病院、薬局等の連携する事業所には、療養上必要と判断した情報は提供させていただきます。
上記確認事項の説明を受け、在宅診療を受ける事に同意します。	
令和 年 月 日	
患者氏名:	Ⓜ
身元引受人氏名:	Ⓜ
(続柄 )	

### 緊急時連絡先

フリガナ氏名		続柄		自宅	
				携帯	
住所					

### 急変時対応内容

看取り対応	( 希望する ・ 希望しない )	
希望救急搬送先	病院名	
	連絡先	

### 診療費請求先(連絡先と請求先が違う場合にご記入下さい)

フリガナ氏名		続柄		自宅	
				携帯	
住所					

アゴラ内科クリニック  
住所: 東京都文京区湯島3丁目34-8 第一天神ビル201号  
電話: 03-6803-0986  
FAX: 03-6803-0653