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書面にて提供します。
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：　　㊞

住所

電話番号

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
AGORA CLINIC
24時間対応訪問診療 ● 外来診療
東京都文京区本郷3-5-5野々村ビル5階
TEL 03-6803-0976/FAX 03-6803-0653