小児かかりつけ診療料に関する同意書

当院を継続的に受診され、本同意書にご同意いただいた患者 さまに、 小児科の「かかりつけ医」として次のような診療を行います^{注1)} 。

注1) 「小児かかりつけ診療料」は、1人の患者さまにつき1か所の医療機関が対象です。

We lead with the only of the control
□急な病気の際の診療、慢性疾患やアレルギー疾患の指導管理を行います。
□発達段階に応じた助言・指導、弱視検査等を行い、健康相談に応じます。
□予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。
また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
□「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さまからの電話による問い合わ
せ ^{注2)} に対応します(電話再診料が発生することがあります)。
注2)電話による予約の確認・取得・変更・キャンセル等は対応出来ません。
◆診療時間内(早朝を除く) 0297-63-2095
◆早朝および診療時間外 090-8854-2094
◆当院がやむをえず対応出来ない場合は、下記にご相談ください。
電話相談 子ども救急電話相談 #8000(050-5445-2856)
救急病院 JAとりで総合医療センター 0297-86-7447
総合守谷第一病院 0297-45-5111
茨城県救急医療情報システム ▶▶▶▶▶▶
【患者さま、ご家族さまへのお願い】

- ◆緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知 らせ下さい(他の医療機関で受けた投薬などもお知らせ下さい)。
- ◆健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ち下さ い(母子健康手帳に記載されています)。
- ◆本制度は小学校入学前までの患者さまが対象です(就学時に、自動的に解除されます)。
- ◆かかりつけ登録の早期解除をご希望の方は、お電話か窓口にお伝え下さい。

私は、上記の説明を受け、十分に理解した上で、かどクリニック小児科・耳鼻科 の医師 山田浩之をかかりつけ医として、診察を受けることに同意します。

				(生年月日:	年	月	日、	歳)
	年	月	<u>B</u>	<u>患者氏名:</u>				
				<u>保護者氏名:</u>				
ID:				連絡先 ^{注3)} :				
				注3)この番号以外	からのご道	終には、	対応いたし	しかねます。

