

訪問診療同意書

医療法人社団 秀林会 吉見病院 殿

(患者氏名 様)

訪問診療、ならびに在宅療養計画書の内容について説明を受け、
医療法人社団 秀林会 吉見病院 での在宅訪問診療を行うことに
同意いたします。 また、連携医療機関・訪問看護ステーション・
居宅介護支援事業所等に私の情報を提供することにも同意いたします。

年 月 日

患者又は家族の氏名
