



訪問診療同意書

医療法人社団 秀林会 吉見病院

当院では、在宅訪問診療の実施にあたり、事前に同意いただきたいことがあります。
以下、在宅訪問診療における注意事項をお読みいただき、同意いただけましたら署名及び押印をお願いいたします。

- 訪問診療は計画的な在宅療養計画の下、定期的に行います。
- 休日・夜間の時間外の対応は、通常は電話で指示・指導を行います。緊急往診の必要の可否は医師が判断します。
- 医師が入院や早急な病院受診が必要と判断した場合は、連携病院へ紹介することもあります。
- 緊急往診の場合は、保険診療以外に交通費（実費相当）を別途ご負担いただきます。
- 不測の事態により、当院への緊急連絡が繋がらなかった場合は、119番に連絡をしていただき、救急車による緊急搬送を受けて下さい。
- 当院の診療で知り得た医療情報を、患者様の担当ケアマネジャーや調剤薬局、当院以外の関係医療機関、指定介護事業所に、必要に応じて提供させていただくことがあります。

私は、上記説明を受け、これに同意いたします。

患者ご本人	住所	〒 -	
	電話	() -	
	氏名	⑩	

ご家族 (代理人)	住所	<input type="checkbox"/> 患者本人に同じ <input type="checkbox"/> 患者本人と異なる場合 〒 -	
	電話	() -	
	氏名	⑩	続柄 ()