

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、こころ・チャイルド・クリニックを主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種、健康に関する相談・指導を受けることに同意します。

なお、「小児科かかりつけ診療料」は、一人の患者さまにつき、一カ所の医療機関が対象となっています。他の医療機関に登録されている場合には、お申し出下さい。

患者氏名

保護者氏名
