

「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、理解したうえで
やすはらこどもクリニック 安原伸吾 を主治医として
病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する
相談・指導等を受けることに同意いたします。

※「小児かかりつけ診療料」は1人の患者さんにつき
1か所の医療機関が対象となっています。
他の医療機関で同じ説明を受けた方は
署名する前にお申し出ください。

患者氏名

患者氏名

患者氏名

保護者署名
