

訪問診療同意書並びに申込書

春日病院

当院は「在宅療養支援病院」として厚生労働省に届出しております。

在宅療養支援病院とは、連携訪問看護ステーションとともに 24 時間在宅に往診や訪問看護が実施できる体制の病院のことをいいます。

以下の注意事項を精読いただき、同意されましたら、署名および押印ください

- 訪問診療は基本的に月 2 回計画的な医学管理の下、定期的実施します。
- 緊急時は往診（予定外の訪問による診療）も可能ですが、検査・処置等が必要と判断した場合は病院受診が必要な場合があります。また状況により他医への転送が必要な場合もありますので予めご了承ください。
- 在宅療養に係る費用は医療保険で取り扱われます。訪問診療等の都度、管理及び指導等に係る費用が発生します。その他調剤薬局や介護保険による費用は別途ご負担いただく必要があります。詳細は別紙「訪問診療にかかる費用のご案内」をご確認ください。
- 在宅療養を行うにあたり知り得た個人情報等は厳守しますが、「個人情報保護指針」に基づき、他の医療機関や介護施設等と連携上必要な情報については提供する場合があります。

記入日：平成 年 月 日（記入者 患者本人 同意者）

フリガナ		性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳)
患者氏名	⑩	男・女			
住所	〒 ー ー 神戸市北区		電話番号	078ー ー	
同意者 (連帯保証人)	氏名：		連絡先：	患者との続柄：	
精算方法	①請求書送付方法 <input type="checkbox"/> FAX 番号： ー ー) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 上記住所に同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合 〒 ー ー 市 区 ②支払方法 <input type="checkbox"/> 窓口（受付時間：月～金曜…午前 9 時～午後 7 時、土日祝日…午前 9 時～午後 5 時） <input type="checkbox"/> 振込（指定口座：兵庫信用金庫 神戸中央支店 当座 105159 春日病院 院長 春日秀樹）				

- 患者ご本人が記入できない場合、同意者（連帯保証人）が記載して下さい。今回の訪問診療に同意されたものとして扱いさせていただきます。
- 振込による精算の場合、手数料はご負担ください。