

小児かかりつけ医療制度「小児かかりつけ診療料2」に関する同意書

同意書

小児科かかりつけ医療制度「小児かかりつけ診療料2」について説明を受け、理解した上で小石川町小児科・アレルギー科・皮膚科クリニックを小児かかりつけ医として、病気の診察・継続的な医学管理・予防接種や健康に関する相談や指導などを受けることに同意いたします。

診察券番号

患者氏名（フリガナ）

生年月日

保護者氏名（フリガナ）

登録電話番号

登録記載日

◎ご同意頂ける方は、上記同意書にご記入の上、窓口までご持参下さい。