

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

小児かかりつけ医療制度について、説明を受け理解した上で、たけうちこどもクリニックを小児科かかりつけ医として、診療を受けることに同意します。

令和 年 月 日

診察券番号 _____

患者氏名 _____

生年月日 令和 年 月 日 _____

保護者氏名 _____

連絡先電話番号 _____

(一番つながりやすい番号をお願いします)