「小児かかりつけ医」登録に関する同意書

私は、「小児かかりつけ医」について説明を受け、理解したうえで

当院の医師をかかりつけ医として、診療を受けることに同意します。

※この同意は1か所の医療機関でのみ行っていただきます。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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　年　　　月　　　日

診察券番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名

保護者署名

登録電話番号