

訪問診療申込書

当院は「在宅療養支援診療所」として厚生労働省に届出しております。在宅療養支援診療所とは、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在宅支援診療所のことをいいます。

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主に月2回計画的な医学管理の下、定期的を実施します。
- ・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。
- ・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取扱いさせていただきます。
- ・当院は指定を受けた居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所です。介護保険を利用し居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行います。往診または訪問診療による計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、ケアマネジャーやサービス事業所への情報提供、並びに利用者及び家族への医学的観点からの指導助言を行います。

貴院の訪問診療を（ ）なため、申し込みいたします。

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前	⑩	電話番号	
住所			
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	歳
主介護者 (キーパー ソンの方	続柄： お名前： ⑩ ＜ご連絡先＞住所： 電話：		



医療法人社団TKG会 小日向台町クリニック

〒112-0006 東京都文京区小日向 3-7-4 メゾンたかむら 2階

TEL：03-5981-9876 FAX：03-5981-9374