

【小児かかりつけ診療】に関する同意書

小児かかりつけ診療について説明を受け、理解した上で、
内田医院Yこどもクリニック 医師 山崎 扶佐江 を主治医として
病気の際の診察、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する
相談・指導等を受けることに同意いたします。

※【小児かかりつけ診療】の登録は1人の患者様につき1カ所の医療機関が対象です。

他の医療機関で同意書を書かれた方は、署名する前にお申し出ください。

※現在、受診4回未満の方は4回目以降で登録いたします。

患者氏名 生年月日 年 月 日(歳)
保護者氏名 電話番号

※ご記入済みの同意書は、お控えをお渡しします。ご自宅にて大切に保管をしてください。