

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、坂口こどもクリニック 医師 坂口祐助を主治医として、病気の際の診療、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料」は1か所の医療機関のみで算定することになっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、同意の署名する前にお申し出ください。

平成 _____年 _____月 _____日

(お子様氏名) _____

(保護者署名) _____

(登録電話番号) _____