

## 訪問診療同意書

私は、別紙書面により このしたクリニック の訪問診療の内容と費用についての説明を受け、訪問診療の実施を申し込みます。

また、定められた診療費、その他の諸料金は所定の期日までにお支払いします。

西暦20 年 月 日

住所

患者氏名

印

電話番号

(代筆の場合) 代筆者住所・氏名

住所

代筆者氏名

印

(続柄 )

電話番号

【連帯保証人】

住所

氏名

印

(続柄 )

電話番号