ひだの小児クリニック

小児かかりつけ医制度に関する同意書

小児かかりつけ医制度について、理解した上で当院にて診療・指導を受けることに同意します。

確認項目（チェックをお願いします）

- ☐ 対象者の年齢は０歳から６歳未満である
- ☐ 当院に、最低４回の受診歴がある（健診・予防接種を含む）
- ☐ 他の医療機関での登録がない

西暦　　年　　月　　日

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿