

## 訪問診療同意書 兼 申込書

当クリニックは、「在宅療養支援診療所」に登録されている診療所でございます。  
以下の注意点にご了解いただけましたら、下記に署名・捺印にてお申込みをお願い致します。

- ① 訪問診療は、月2回以上の計画的訪問を実施致します。
- ② 電話による問合せは、24時間、365日、医師による対応が可能です。
- ③ 緊急による（予定外）の訪問診療も行いますが、医師が検査・入院が必要と判断した場合、投薬による様子観察と判断した場合、医師が往診対応できない場合は、他の医療機関に受診して頂く場合があります。あらかじめご了承願います。
- ④ 訪問診療に係る費用は医療保険の取り扱いになります。訪問診療の回数、医療処置によりご請求となります。別途、居宅療養管理指導料、薬剤にかかる費用が発生致します。
- ⑤ 在宅診療にあたり、知り得た情報は個人情報とさせていただきますが、「個人情報保護指針」に基づき他の医療機関、介護保険施設等との連携上必要な情報については、提供する場合があります。
- ⑥ 医療費のお支払いに支障が生じた場合は、医療サービスを停止する場合がございますことをご了承願います。
- ⑦ 連帯保証人様は契約者ご本人様と連帯して医療費の支払い義務を負います。

お問合わせ等ありましたら、下記クリニックへご連絡ください。

### 医療法人社団鳳和会 南行徳駅前クリニック

院長 新妻 晋一郎

〒272-0143

千葉県市川市相之川4-5-8 2F

TEL 047-358-1114

上記内容に同意して署名・捺印を致します。

フリガナ		性別	生年月日	明治・大正・昭和
患者名 (本人)	Ⓜ	男 女		年 月 日生
ご住所	〒			
電話番号	自宅	携帯番号		

同意者 連帯保証人	フリガナ 氏名	続柄	
	Ⓜ		
ご住所	〒		
電話番号	自宅	携帯番号	

請求 異なる 送付 場合 先が	フリガナ 氏名  ご住所 〒	支払方法
	TEL: ( ) 携帯: — —	口座引落し毎月 20日 に引落としとなります。 休日の場合は翌営業日と なります。

## 南行徳駅前クリニック居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）重要事項説明書

あなたに対する居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）サービス（医療保険における訪問診療を行う場合には、居宅療養管理指導（介護予防居宅療養指導管理指導）は訪問診療と読み替えるものとする。以下、サービスという）の提供開始にあたり、厚生省令第37号に基づいて、当事業があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業所概要

事業所名称 医療法人社団鳳和会 南行徳駅前クリニック  
所在地 千葉県市川市相之川4-5-8  
法人種別 医療法人  
代表者名 理事長 竹内 孝治  
電話番号 047(358)1114  
FAX番号 047(358)1124  
東京都知事から指定を受けているサービスの種類及び指定番号

### 2. 事業の目的と運営方針

- ①南行徳駅前クリニックが実施する居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、病院の医師が、通院困難な要介護者状態（介護予防居宅療養管理指導にあたっては要支援状態）にある者（以下「要介護者等」という）の自宅を訪問して、適正な療養上の管理及び指導を提供することを目的とする。
- ②指定居宅療養管理指導の提供にあたって、要介護者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、通院が困難な要介護者に対して、その自宅を訪問して、心身の状況や環境などを把握しそれらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図る。
- ③指定介護予防居宅療養管理指導の提供にあたって、要支援者が可能な限りその自宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士等が、通院が困難な要支援者に対して、その自宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- ④居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保険医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

### 3. ご利用事業者の従業員数及び勤務の体制

- (1) 管理者 1名（常勤兼務、管理者と兼務 非常勤1名）

管理者は従業者の管理及び居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の利用の申し込みに係る調整、実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

- (2) 医師 2名（非常兼務、管理者と兼務 非常勤1名）

### 4 営業時間

営業日 月曜～土曜日 営業時間 9時00分～19時00分（土曜日のみ15時00分まで）

5. 苦情申立窓口

千葉県国民健康保険団体連合会 連絡先043-254-7428

6. 緊急時の対応方法

利用者の主治医への連絡の行き医師の指示に従います、主治医への連絡が困難な場合は救急搬送等の必要な処置を講じます。また緊急連絡先にご連絡をいたします。

7・その他

当事務所では、職員が身の危険を感じた際には理由のいかんに関わらず、最寄の警察に通報し、断固たる対応をいたします。

ご利用者様の主治医	新妻 晋一郎
電 話 番 号	0 4 7 - 3 5 8 - 1 1 1 4
所 在 地	千葉県市川市相之川4-5-8
緊 急 連 絡 先	0 9 0 - 7 9 4 4 - 6 6 0 2

平成        年        月        日

(乙) 当事業所は、甲1に対する居宅サービスの提供開始に当たり、甲1甲2対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者(乙)所在地    千葉県市川市相之川4-5-8

名 称    医療法人社団鳳和会 南行徳駅前クリニック

氏 名    新妻 晋一郎 ㊞

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議等において、私の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

利 用 者 ( 甲 1 )                      住所 \_\_\_\_\_

氏 名    \_\_\_\_\_ ㊞

利 用 者 の 家 族 ( 甲 2 )                      住所 \_\_\_\_\_

氏 名    \_\_\_\_\_ ㊞