

ご利用者様・ご家族様へ

医療法人社団 加音

瀬田西クリニック

理事長 加藤 泰規

TEL :077-545-5255

FAX: 077-574-7500

### 訪問診療について

医師がご利用者様のお部屋にお伺いし、診療を行います。原則、月2回計画的な診療を進めて参ります。

ご利用者様のご病状によっては臨時の診察(往診)等を組み入れ、施設での生活をサポートして参ります。

### 訪問診療のながれ

- 1 施設側から当院に訪問診療の希望の連絡が入ります。
- 2 医師が施設・家族のご依頼のもと往診診察し、診療計画をご提案いたします。
- 3 訪問診療を開始いたします。

施設職員様、ケアマネージャー様と連絡を取り合いながら診療を進めます。

### \*緊急時の連絡について\*

当院は在宅支援診療所として24時間連絡を取れる体制を敷いております。電話でご連絡を受け、連携医療機関・訪問看護等と協力し対応して参ります。緊急時連絡先は別紙文書にて、ご案内させていただきます。

# 記載例 太枠の箇所のみ記載をお願いします。

令和 年 月 日

## 在宅サービス利用申込書兼同意書

訪問診療  訪問リハビリ  訪問看護

※ 利用希望の項目にチェックを入れてください

### 申請者

住所 大津市瀬田〇丁目〇一〇  
氏名 琵琶湖 太郎 印  
電話 077-545-9191

ふりがな	ビワコ イチロウ		男・ 女	生年 月日	明治大正 1年 1月 1日
氏名	琵琶湖 一郎				
住所	大津市瀬田 1丁目-1-1 (保険証の住所をお願いします)			電話 077-545-2222	
緊急時連絡先	住所 大津市大萱〇丁目〇-〇				
	氏名 琵琶湖 太郎			電話 077-545-9191	
病院名	病院名			電話	
代表者					
ケアマネ	有・無				
連帯保証人 (お支払いに 関して)	住所 大津市三大寺〇丁目〇-〇 氏名 琵琶湖 花子 印 電話 077-545-9090				
勤務先は必 ずご記入願 います	勤務先住所 大津市瀬田〇 丁目〇-〇 勤務先名 *勤務先のない方は、ご本人様と別のご住所の記載をお願い致します。 勤務先電話番号 077-545-〇 1〇 1				

見本ですのでこちらにご記入なさないでください

瀬田西クリニック

## 在宅サービス利用申込書兼同意書

訪問診療  訪問リハビリ  訪問看護

※ 利用希望の項目にチェックを入れてください

申請者

住所

氏名

印

電話

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	明治	年	月	日
氏名				大正			
住所				電話			
緊急時連絡先	住所						
	氏名			電話			
病院名	瀬田西クリニック			電話 077-545-5255			
代表者	理事長 加藤 泰規						
ケアマネ	有・無						
連帯保証人	住所						
	氏名			印 電話			
勤務先は必ずご記入願います (勤務先のない方は、ご本人様と別のご住所の記載ください)	勤務先住所						
	勤務先名						
	勤務先電話番号						

問い合わせ先：医療法人社団 加音 瀬田西クリニック

TEL : 077-545-5255 FAX : 077-574-7500

# 個人情報使用同意書

患者様及びその家族の個人情報につきましては、身体機能の維持、向上が図れるサービス計画の立案、実施及び退所後のサービス事業所との連携を行なうために、主に、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用いたします。

- ① 主治医への「情報提供」
- ② 連携する各医療機関、サービス提供事業所及び居宅介護支援事業所
- ③ 行政機関
- ④ 診療費のお支払い

## ☆使用にあたっての条件

- ・ 個人情報の提供は、必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ・ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておく。

## ☆個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等に関する情報

\*個人情報とは、利用者個人及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、また識別され得るものを言います。

事業者	所在地	大津市瀬田3丁目37番9号
	法人名	医療法人社団 加音
	電話番号	077-545-5255
	代表者名	理事長 加藤 泰規

上記記載の個人情報の使用について同意します。

患者様	住所	
	氏名	Ⓜ
代理人	住所	
	氏名	Ⓜ
代理人	住所	
	氏名	Ⓜ

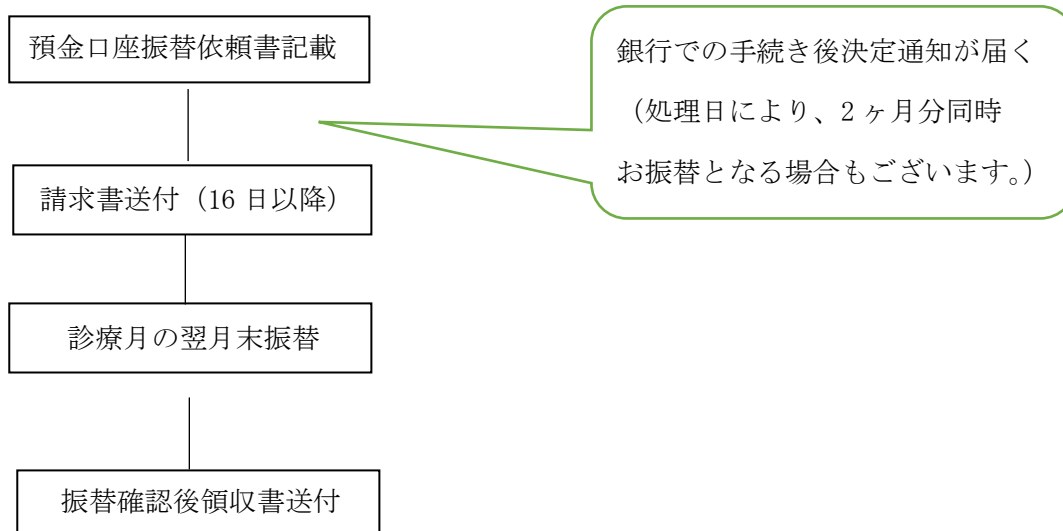
## <訪問診療・お支払いに関して>

当院での訪問診療費用のお支払い方法

- ① 年金振込口座からの振替
- ② その他銀行口座からの振替

①または②を選んでいただきましたら、当院から預金口座振替依頼書を送付先へお送りさせていただきます。

### <口座振替の流れ>



\*お振込には、ご利用の有無に関係なく管理料として別途手数料¥100 がかかります。

問い合わせ先：医療法人社団 加音 瀬田西クリニック

TEL : 077-545-5255 FAX : 077-574-7500