

## 「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  
海老名こども診療所 医師 村藤 大樹を主治医として、  
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人の患者さんにつき1カ所の医療機関  
が対象となっています。すでに他の医療機関でかかりつけ登録をして  
いる方は、当院でのかかりつけ登録はできませんのでご了承下さい。

令和 年 月 日

(ID：診察券番号) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 月 日

(患者氏名) \_\_\_\_\_

(保護者署名) \_\_\_\_\_

Fi1	◆	★