

訪問診療同意書

医療機関名

tel

fax

訪問診療ならびに在宅訪問診療計画の内容について
説明を受け、訪問診療を受けることに同意いたします。
また、他の医療機関や訪問看護ステーション、介護施設
等に私の情報を提供することにも同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名

家族(代筆者)氏名