地域包括診療加算に関する同意書

　当院では、かかりつけ医としての機能を発揮し、複数の慢性疾患（□高血圧症、□糖尿病、□脂質異常症、□認知症）をお持ちの患者さんに対して、継続的かつ全人的な医療を提供するため、患者さんの同意を得た上で「地域包括診療加算」を再診時に算定しますので、以下の内容についてご確認くださいますようお願い致します。

１）他の医療機関で処方されたお薬がありましたら、お薬の情報について医師にお申し出ください。

２）当院では、健康相談を実施しておりますので、お気軽にお声かけください。

３）当院では、介護保険制度の利用等に関わる相談に応じています。

４）緊急時のお問い合わせには２４時間対応しています。診察券に記載しています電話番号にご連絡ください。

５）当院では、２４時間対応している調剤薬局と連携をしています。

○○医院　院長　○○○○

上記の内容を確認し、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導を受けることについて

同意いたします。

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名：