

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、理解した上で赤ちゃんとかどものクリニックをかかりつけとし、病気の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談等を受けることに同意いたします。

診察券番号

お子様の氏名

生年月日

保護者氏名

登録電話番号

_____年 _____月 _____日

こちらの同意書をご記入いただけましたらスタッフまでお渡しください。



あかちゃんとかどもの
クリニック *Baby & Child Clinic*