# 《同　意　書》

小児かかりつけ医制度（小児かかりつけ診療）に関する同意書、小児かかりつけ医制度（小児かかりつけ診療）について説明を受け、理解した上で、森の子ｷｯｽﾞ ｸﾘﾆｯｸ院長山田俊彦を主治医として、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。 ※小児かかりつけ医制度（小児かかりつけ診療）の登録はお子さま１人につき１か所の 医療機関が対象となっています。他の医療機関での登録があるかたは、登録している医療機関で解除したい旨をお伝えください。

令和　　年　　月　　日

(診察券番号)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**医療法人社団明桜空会**

**森の子ｷｯｽﾞ ｸﾘﾆｯｸ**

**院長　山田俊彦**