

小児かかりつけ医制度（小児かかりつけ診療料）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料）について説明を受け、理解した上で、
新都心こどもクリニック 医師 松澤 重行を主治医として、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料）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。

20 (令和) 年 月 日

(患者氏名)

(保護者署名)

(電話番号)

(メール)

(クリニックからのお知らせはメールでお送りします)