地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算に関する同意書

施設名：

担当医：

住　所：

TEL：

FAX：

当院は「かかりつけ医」として以下の診療を行います。

○高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症等の治療・管理・指導

○他の医療機関でもらっているお薬を含めた服薬管理

○健康診断の結果の相談、健康全般に関する相談。必要に応じた専門機関への紹介

○介護保険利用に関する相談

○通院困難な場合、訪問診療や往診への対応

○体調不良等、電話によるお問い合わせへの対応

　　　　　　　　　　電　話：

　　　　　　　　　　緊急時：

患者様・ご家族へのお願い

　○他の医療機関を受診される場合、当院担当医にご相談ください。

また、すでに受診した場合もお知らせください。

　○受信時にお薬手帳等をご持参ください。

　○健康診断を受けたら結果をご持参ください。

地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算について説明を受け、理解したうえで

（施設名および担当医氏名）

をかかりつけ医として、生活習慣病・認知症に対する継続的な診療・服薬管理・健康管理に関する相談・指導を受けることに同意します。

　　　年　　　月　　　日

患者様氏名

ご家族氏名　　　　　　　　　　　　　 続柄（　 　　　）