

眼科往診の同意書

年 月 日

受診者様

氏名

※ご本人様が判断・申込みが困難な場合は、下記にご家族様または後見人様のご署名をお願い致します。

氏名

_____（ご関係 _____）

郵便番号

_____ - _____

住所

_____ 県 _____ 市 _____

電話番号

_____ - _____ - _____

上記の申し込みにより、受診者様（または受診者様のご家族様又は後見人様）と、さわやか訪問眼科クリニックは以下の内容に相違ないことを確認します。

- 1：受診者様ご本人様が、さわやか訪問眼科クリニックの眼科診療を希望し、その申込みをすること。または、受診者様のご家族様又は後見人様が、さわやか訪問眼科クリニックの眼科診療を希望し、その申込みをすること
- 2：さわやか訪問眼科クリニックはさわやか訪問眼科クリニックの責任において眼科診療をすること。
- 3：受診者様または、受診者様のご家族様又は後見人様が、さわやか訪問眼科クリニックの行った眼科往診の医療費のうち、受診者様が負担すべき金額を、さわやか訪問眼科クリニックの指示に従い支払うものとする。

以上