





# 訪問診療同意書 兼 在宅医療申込書

〒252-0244  
相模原市中央区田名4757

田名おぐら眼科  
院長 小倉 恵美

田名おぐら眼科が提供する訪問診療、及び個人情報の取扱いについて同意し、在宅医療の申込みをいたします。

また、連携医療機関・訪問看護ステーション、介護サービスに私の情報を提供することも併せて同意いたします。

ご本人 名前 \_\_\_\_\_  
住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

ご家族 ①名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

②名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_