

医療法人〇〇クリニック 地域包括診療加算同意書

本院は厚生労働省の趣旨に則り、患者さまのかかりつけ医としての機能を発揮し、継続的かつ全人的な医療をご提供するため〇〇厚生局に届出しております。

- (1) 調剤薬局でお薬手帳を発行されている場合、また他の医療機関で処方されたお薬の内容を記載した文書（お薬手帳を含む）をお持ちの方は、必ず毎回の診察時に医師にご提示ください。この場合お薬の飲み合わせによる副作用などを管理するため、予め受付でお薬手帳をコピーさせていただきますのでご理解ください。
- (2) 本院では医師、看護師による健康相談も実施しております。お気軽にお声かけください。なお、敷地内禁煙ですのでご理解ください。
- (3) 院外処方せん交付患者さまには、本院と連携しております「24時間対応している調剤薬局」をご紹介いたします。この場合、薬局でも患者さまの服薬管理を実施する必要性から、患者さまが通院されている医療機関のリストをお渡しして万全の対応をいたしますのでご理解ください。なお連携調剤薬局が、訪問薬剤指導などを実施しており対応ができない場合は、患者さまの同意を得た上で、夜間・休日や時間外に対応可能な地域の調剤薬局のリストを文書で交付してご説明させていただきます。
- (4) 本院の標榜時間外において病気に対するご質問や緊急時のお問い合わせについてはご遠慮なくお電話ください。本院の電話番号におかけいただければ、携帯電話に転送されることもあります。なお、休日及び午後10時から午前6時の時間帯は留守番電話での対応となります。この場合や学会などの参加で電話連絡などに対応できない場合は、連携医療機関名と電話番号を留守番電話でご案内いたします。また、急を要する場合は、地域の救急病院などの連絡先もご案内しております。本件について患者さまの同意が得られれば、携帯メールなどで速やかに応対させていただきます。 **(注：時間外対応加算1または2届出の場合のみ)**
- (5) 本院は24時間対応する在宅療養支援診療所です。訪問診療などご希望される場合は、いつでもご相談ください。 **(注：在宅療養支援診療所届出の場合のみ)**
- (6) 本院は在宅医療サービスを実施しております。訪問診療などご希望される場合は、いつでもご相談ください。 **(注：在宅療養支援診療所未届の場合の事例)**

(医)〇〇クリニック院長は「地域包括診療加算」の療養指導の内容などについて説明しました。

平成 年 月 日

医療法人〇〇クリニック 院長 〇〇〇〇 印

私は〇〇クリニックが提供する地域包括診療加算にかかる療養指導などの内容について説明を受け、内容を確認し、十分に理解した上で療養指導を受けることを同意いたしました。なお、院外処方の場合において、私の個人情報を用いることにも同意いたしました。

※患者署名

※ 患者が記載できない場合は、患者家族の署名