

「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

「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、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○
○○を担当医として、生活習慣病等（●●、□□）に対する継
続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を
受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加
算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している
方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名)