

早期診療体制充実加算に関する同意書

早期診療体制充実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、こころの不調・病気に対する継続的な診療、お薬の管理等を受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で早期診療体制充実加算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)