

(参考2) インフルエンザ予防投与自費サービスにかかる説明と同意書 (案)

インフルエンザ予防投与自費サービスにあたり、患者様（ならびにご家族様）に対して以下のとおり説明いたしました。

1. 今回の自費サービスは、患者様からインフルエンザ予防治療に対する希望があること、また予防投与が医学的にみて必要性があることなどについて説明いたしました。
2. 自費サービス提供診療日に、他の疾患等にかかる診察を行った場合、診察料等は保険診療の取り扱いができないため、その日の診察費は自費（消費税含む）となることについて説明いたしました。
3. 自費サービス費用については、診療報酬点数に準じて請求いたします。該当する項目は、

(1) 診察料	1回につき	2820 円
(2) 処方箋料	1回につき	680 円
(3) 計	1回につき	3500 円

上記の他、調剤薬局で薬剤料などのお支払い（約 _____ 円程度）が別途必要です。

4. その他、自費サービス診療行為や自費サービス料金のご相談等につきましては、診療時間内に承りますので、ご遠慮なくご相談ください。

説明日 平成 年 月 日

〇〇クリニック 説明者 ㊟

上記自費サービスの実施にあたり、上記について説明を受け内容を確認し、自費料金の支払いについて同意いたしました。

同意日 平成 年 月 日

患者名
(氏名) ㊟ (生年月日) 年 月 日
(自宅住所)

(電話番号)

(勤務先住所)

(電話番号)

家族 (連帯保証人または法定代理人)
(氏名) ㊟ (患者との続柄)

緊急時連絡先
(住所)

(電話)