

小児科かかりつけ診察料のお知らせ

当院では、継続して受診され同意された患者さまに小児科の「かかりつけ医」として次のような診療を行います。

(1)継続的に受診している（これまでに3回以上受診している子のうち4回目の受診から）**6歳未満**のお子さんで、有病時に最初に受診する医療機関として同意を頂いた患者。（未就学の間継続できます）

(2)医療機関は患者さんからの電話等の問い合わせに対して、原則として常時対応すること（**夜間は～22：00まで**）

※診療時間内は病院の代表電話(0297-45-4192)にお電話ください。夜間は、問い合わせ専用ダイヤル（**登録時にお伝えします**）にご連絡ください。

つながらない場合および22：00以降は、#8000もしくはJA 取手総合医療センター(0297-74-5551)もしくは筑波メディカルセンター病院(029-851-3511)へお問い合わせください。

(3)急性疾患、および慢性疾患について必要な指導及び診療を行うこと

(4)発達段階に応じた助言・指導を行い、健康相談に応じること

(5)予防接種に対して必要な指導及び助言を行うこと

(6)他の医療機関と連携して、患者さんが受診している保健医療機関をすべて把握すること

(7)発達障害の疑いがある患者について診療及び保護者からの相談に対応し必要に応じて紹介等を行うこと

(8)不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること

患者さまへのお願い

- (1) 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。（他の医療機関で受けた投薬などもお知らせください）
- (2) 健康診断の結果や予防接種の受診状況を定期的に確認しますのでご協力をお願いいたします。

かかりつけ医登録を行えるのは一人の患者さんにつき1か所のみとなります。現在、他院でのかかりつけ登録を行っている患者さんは当院でのかかりつけ登録は行えません。行う場合、現在登録しているクリニックのかかりつけ登録を解除していただく必要があります。

また、かかりつけ医を決めても、患者さんは自由に他院を受診することができますが、原則として当院を最初に受診していただくことが望ましいです。



小児科かかりつけ申込書

私は、守谷こどものこころとからだのクリニックより小児かかりつけ医についての説明を十分に受け、納得したので小児科かかりつけ医院として貴院への登録を希望いたします。

(フリガナ)

お子様氏名： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者様氏名： _____

登録電話番号： _____

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日