

禁煙外来自費診療同意書

私は、禁煙外来について保険適用の算定要件を満たしていないため、自費診療となる旨の説明を受け、内容を理解した上で受診を希望します。

記

1 自費診療となる理由

- (1) 直ちに禁煙する意思を有していない
- (2) ニコチン依存症と診断されていない
- (3) ブリンクマン指数が 200 未満
- (4) 禁煙治療に関する十分な説明を医師より受けていない
- (5) 文書による治療同意が得られていない

2 費用

本診療は全額自己負担となります。

3 同意事項

保険適用されないことを理解しています。
治療効果には個人差があることを了承します。

以上

上記に同意し、自費で禁煙外来を受診します。

_____年 _____月 _____日

患者氏名 _____ (署名)