|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 再度のご連絡 |  |  |
|  |  | |  |
|  | (日付) (患者氏名) (患者住所)  (患者氏名)様、  (日付を示す)の再診のご予約は、(取り消しのご連絡をいただいた/ご来院いただけなかった)ようですが、ご予約の変更をいただいておりません。ご来院いただけなかった診察を再スケジュールさせていただくためにお客様へのご連絡を何度も試みてまいりましたが、お客様からまだご連絡をいただいておりません。このため、お客様は当院での受診を終了するご意向であると判断いたしました。  継続的な受診は健康を維持する上で大変重要です。ご同意いただいた計画に沿って受診をされない場合、健康に大きな影響が出る可能性があります。(特定の治療が必要な疾患の患者の場合は、一般の方が理解できる言葉で治療内容および治療を行わなかった場合の結果を述べます。患者の疾患が定期的な経過治療を必要とするものである場合、経過治療の頻度ならびに緊急性および推奨される間隔で経過治療を受けなかった場合の結果について患者にわかりやすい言葉で述べます。)  (本通知の日付から 30 日後以降の日付)までにご連絡をいただけない場合、お客様への当院での医療サービスのご提供を終了させていただきます。必要な治療を受けるための新しい医療機関をすぐにお決めになることをお勧めいたします (継続的な治療が必要な場合は、必要な治療 (例: 活動性感染症の治療) を述べます)。健康状態が損なわれないよう、転院先はできるだけ早くお決めください。  当院では、お客様が新しいかかりつけ医院をお探しになる期間、 (上記の日付と同じ日付)までは緊急性のある場合に限り引き続き医療サービスをご提供いたします。医療記録リリース承認フォームが必要になりますので、当院での治療を終了される場合は、新しい医療機関の名称と住所を当院受付までお知らせください。署名された承認を受領後、お客様の医療記録の写しを送付いたします。お客様の転院先機関と当院との間でお客様の健康状態についての協議が必要な場合も、喜んでご協力いたします。  よろしくお願い申し上げます。  (タイプされた医療機関名)  同じ文面の文書の送付先: ファイル軽減リスク部 | |  |