## 歯科訪問診療同意書 兼 申込書

私は、「歯科訪問診療を受けられる方へ」に記された事項を承諾し、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックの歯科医師から訪問診療を受けることを同意いたします。

記入日	年		月	日	ID			
ふりがな					生	h-	П	н
患者氏名				印	生年月日	年	月 (	才)
	₸							
連絡先	電話番号(自写	它):						
	(携有	<b>帯)</b> :						
訪問区分	施設 • 自宅							
	施設名称:							
訪問先								
※連絡先と 同様の場合 は不要	₸							
	電話番号:							
1619	担当者名:							
緊急連絡先	ふりがな							
	氏 名			(F	患者さ	んとの続柄:		)
	Ŧ	<u> </u>						
	電話番号:							
ご請求先	あと払いサービス利用 ・ 自宅 ・ 施設経由							
駐車場	なし・	)他( あり	(日生:			)	)	
二 平 笏	なし・	めり	(日女:				)	

## 歯科訪問診療同意書 兼 申込書 (控)

私は、「歯科訪問診療を受けられる方へ」に記された事項を承諾し、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックの歯科医師から訪問診療を受けることを同意いたします。

記入日	4	丰	月	日	ID		
ふりがな					. #-	, .	
患者氏名				印	生年月日	年	月 日 ( 才)
	〒						
連絡先	電話番号(日	自宅):					
	(‡	携帯):					
訪問区分			施設	•	自宅		
	施設名称:						
訪問先							
※連絡先と	₸						
同様の場合 は不要	電話番号:						
緊急連絡先	担当者名:						
	ふりがた	な					
	氏	名		<b>(</b> ,	患者さ	んとの続柄:	)
	Ŧ						
	電話番号:						
ご請求先			サービス利	用 •	自宅	• 施設経由	
		の他 (				)	
駐車場	なし	· あ	り(目安:				)