

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 年 月 日	年 月 日 (才)
患者氏名	印		
連絡先	〒		
	電話番号（自宅）：		
	（携帯）：		
訪問区分	施設 ・ 自宅		
訪問先 ※連絡先と同様の場合は不要	施設名称：		
	〒		
	電話番号：		
	担当者名：		
緊急連絡先	ふりがな		
	氏 名	(患者さんとの続柄：)	
	〒		
	電話番号：		
ご請求先	あと払いサービス利用 ・ 自宅 ・ 施設経由 その他 ()		
駐車場	なし ・ あり (目安：)		

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	年 月 日	ID	
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 (才)
患者氏名	印		
連絡先	〒		
	電話番号（自宅）：		
	（携帯）：		
訪問区分	施設 ・ 自宅		
訪問先 ※連絡先と同様の場合は不要	施設名称：		
	〒		
	電話番号：		
	担当者名：		
緊急連絡先	ふりがな		
	氏 名	(患者さんとの続柄：)	
	〒		
	電話番号：		
ご請求先	あと払いサービス利用 ・ 自宅 ・ 施設経由 その他 ()		
駐車場	なし ・ あり (目安：)		