（患者用）

診療同意書　兼　申込書

私は、下記内容を承諾し、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック（以下、多摩クリニック）での診療を受けることを希望します。

◆同意内容

① 当院は口腔リハビリテーション専門のクリニックです。一般の歯科診療は行っておりません。
② 診療を希望される場合は、下記申込書に記載し、保険証を添えて提示していただきます。折り返しお約束の連絡をいたしますので、必ず連絡先をご記入ください。
③ 診療内容によって、保険診療と自費診療があります。
④ 診療費の支払いは、窓口にて速やかに支払っていただきます。
⑤ その他、歯科医師からの注意事項に従って下さい。

◆申込書

記載年月日：　　年　月　日

ふ り が な		生年月日	年　月　日 （　才）
患者氏名	印		
住　所	〒 電話番号（自宅）： （携帯）： （FAX）：		
ご家族 または 施設責任者	ふりがな 氏　名 （患者さんとの続柄　　） 〒 住所 電話番号：		
診療内容	□ 摂食・嚥下リハビリテーション　□言語リハビリテーション □ スペシャルニーズ歯科　□口腔外科 □ その他（　　）		