

歯科訪問診療同意書 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）の歯科医師から訪問診療を受けることを希望します。

◆同意内容

- ① 訪問診療以外で処置が必要な場合は、多摩クリニックもしくは、日本歯科大学附属病院にて行います。
- ② 訪問診療費の支払いは、訪問診療翌月に患者宛に郵送した請求書をもとに、窓口もしくは指定銀行口座に速やかに支払っていただきます。ただし、振込の場合の振込手数料は、患者負担となります。
- ③ 訪問診療にかかる交通費については、訪問診療費とは別に支払うこととします。（詳細は別紙のとおり。）
- ④ 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。
- 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

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）：		
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：		