歯科訪問診療、及び居宅療養管理指導の同意書

■ ○○デンタルクリニックによる歯科訪問診療についてのお申込み確認

□申し込みます　　□申し込みません

上記で「申し込みます」に☑を入れた方は以下の 2 項目をご確認ください。

■ 歯科訪問診療を開始するにあたり、患者様の個人情報については別紙の「個人情報の取扱い通知」に記載のある通り厳重に取り扱い致します。

■ 歯科訪問診療を開始するにあたり、別紙「介護サービスについて」及び「居宅療養管理指導についての説明書」の通り、居宅療養管理指導のサービス提供を開始致します。なおサービス提供者である当院の運営規定は別紙「重要事項説明書」に則ります。

□　上記内容に同意します

■ お支払方法について

□自動口座振替　　□お振込み　　□診療時の集金

※自動口座振替ご希望の場合は、別紙「口座振替依頼書」をご記入頂き、

こちらの用紙と併せてご返送ください。

（裏面へ）

日付：　　年　　月　　日

お申込者ご記入欄◆

<table>
<tr><td>・ご入居先ホーム</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>・お部屋番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>・ご入居者様氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">・ご家族様</td><td>お名前</td><td></td><td>ご入居者様
との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>ご住所</td><td colspan="3">〒　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ご連絡先</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">※緊急時の連絡先（携帯など）</td></tr>
</table>

＜ご希望・ご要望等ございましたら、以下にご記入願います＞