

※ 記載内容をご確認いただき、下記該当項目にご記入と該当箇所にお付けをいただいた後、一番下※の枠内に御署名をお願い申し上げます。

## 太田歯科医院 歯科訪問診療申込書・同意書

※ 同意内容

- ①診療をご希望される場合は、下記必要事項に記載され、保険証(医療保険証、介護保険証、介護負担割合証)のコピーを添えてご提出ください。
- ②太田歯科医院では個人情報保護方針で明記した目的以外に患者様、利用者様の個人情報を使用することはありません。
- ③訪問診療費の支払いは、訪問診療翌月に患者様宛に郵送した請求書をもとに、窓口若しくは指定銀行口座に速やかにお支払い頂くか、患者様ご指定口座より引き落としさせていただきます。振込にかかる手数料は、患者様ご負担とさせていただきます。
- ④訪問診療にて処置、診断が困難な場合は、鹿児島大学附属病院、鹿児島市立病院等へご紹介することがあります。
- ⑤個人情報が特定されない事を条件に、診療データを論文、学会資料として使用させて頂く場合がございます。
- ⑥その他、歯科医師からの注意事項に従ってください。
- ⑦診療を中止される場合は、歯科訪問診療センター(0120-814-828)に必ずご連絡ください。

受診者	住所 〒 _____		電話 [ _____ ] _____
			携帯電話 [ _____ ] _____
	フリガナ	生年月日	年齢
	氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男・女
	自宅・施設入所中・入院中 ⇒	入所・入院先:	退院時期:
緊急時連絡先及び	住所 〒 _____		電話 [ _____ ] _____
	フリガナ 氏名	書類送付先 : ( _____ ) 続柄 ( _____ )	携帯電話 [ _____ ] _____
介する方 認定を受けて	担当ケアマネジャー 氏名	施設名	連絡先 TEL FAX
	連絡方法 本人自宅・本人携帯・家族自宅・家族携帯・ケアマネ・施設・その他( _____ )		
助成金 有・無 身障手帳 ( _____ ) 特定医療 有・無 ( _____ )			
費用支払い方法 k-net(口座引落)・振込・院内持参・生保負担なし・その他( _____ )			

〒890-0063

鹿児島市鴨池2丁目24-14

医療法人 仁慈会 太田歯科医院

TEL(099)251-7023

FAX 099-812-7222

訪問フリーダイヤル0120-814-828

※ 記載日 年 月 日

患者様氏名(自署)

ご家族もしくは施設担当者(ケアマネージャー)代筆 署名 \_\_\_\_\_