

歯科診療申込書・承諾書

福岡歯科大学医科歯科総合病院
記入日 平成 年 月 日

(ふりがな)

患者氏名 _____ (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)

住所 (患者本人の現在の住所、施設の住所含む)

〒 _____

電話番号 _____ F A X _____

携帯電話 _____

<保証人 (ご家族またはご記入者) の氏名、連絡先>

保証人氏名 _____ 患者本人との関係 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ F A X _____

*請求先のご住所に○をつけて下さい (患者宅 ・保証人宅)

今回、歯科治療を受けるにあたり、治療やその他の事項 (訪問システムや診療費等) に関して説明を受け、同意しました。また、この内容について治療を受ける本人や家族にも説明し、連帯して支払の義務を負います。

上記の件について、後に異議・申し立ては致しません。

患者氏名 : _____

(ご本人記載の場合は以下不要)

保証人氏名 : _____

平成 年 月 日
福岡歯科大学医科歯科総合病院

署名 _____ (印)

臨床教育へのご協力をお願い

福岡歯科大学医科歯科総合病院では歯学教育の基準に則った臨床実習を行っており、その一環として訪問診療においても患者様ご本人もしくはご家族に同意いただける場合は、指導医のもとで見学もしくは介助として診療に参加させていただくことがあります。

私はこのことについて理解し、福岡歯科大学医科歯科総合病院の訪問診療で行われる臨床教育に協力することについて

同意します

同意しません

臨床教育への協力を同意する場合であっても、学生が診療、検査、介助等に関与する際には指導医が必ず医行為の内容について説明を行い、その都度了承の有無の確認がなされることを知らされています。

この同意書に署名した後も、学生が医療行為を私（もしくは家族）に対して行うことを拒否できること、拒否したことを理由に私（もしくは家族）が受診上の不利益を受けないことを知らされています。

福岡歯科大学医科歯科総合病院 訪問歯科

平成 年 月 日

患者様（または代理人）署名 _____ (印)

説明者 署名 _____ (印)