

日本大学歯学部附属歯科病院診療申込書

新患・再初診・変更

太線内をご記入ください

申込日 年 月 日

フリガナ		性	男	生	年	月	日
患者氏名		別	女	明治・大正・昭和・平成・令和			
自宅電話		連絡先 (携帯)電話		年	月	日	歳
郵便番号							
フリガナ							
現住所							
日本大学歯学部附属歯科病院で診療を受けたことはありますか？ (有・無)							
当病院への紹介状はお持ちですか？ (有・無)							
本日のお約束はございますか？ (有・無)							
科 先生 時 分							

※ 診療申込みの際、保険証をコピーさせていただいております。

【必ずお読みいただき、ご理解いただけたら✓をお願いします。】

日本大学歯学部附属歯科病院は、大学の教育・研究機関としての役割を持つ附属病院です。

- ①将来の歯科医療を支える人材育成を目的として、本学部の定める資格基準を合格した学生デ
ントデンティスト (※) が指導医の指導・監督のもとに見学・介助または診療に参加したり、患
者さんに対し、十分な説明を行い同意を得てから治療や検査などの診療を行う場合があります。
- ②診療の過程で得られた医療情報を医学の教育・研究の発展のために使用することがあります。
この場合個人が特定できないように匿名化するなどの個人情報の保護に関する法律に則り行い
ます。

以上の点にご理解いただける方はご本人がご署名ください。

署名日： 年 月 日

患者署名 氏名

保護者署名 住所

氏名

(患者との続柄)

(注) 保護者署名欄は、患者さんが未成年または意思決定障害時などでご本人が署名できない場合、
親子、近親者などの法的保護者、または法的後見人などの成人が署名してください。

※臨床実習を行うに足る能力(知識・技能・態度)を有し、知識・技術試験を含む全国統一の共用試験に合格した学生を、
学生デントデンティストと認定しています。

歯科病院使用欄

(総括)