東名古屋　医科歯科連携　登録申請書

名古屋記念病院　院長　長谷川 真司　殿

当院は名古屋記念病院との医科歯科連携・研修会・地域口腔ケア会議に

参加希望しますので、登録を申請いたします

申請日　令和　　　年　　　月　　　日

歯科医院名

院長名

住所　〒

電話番号　　　　　　　　　　　　　FAX

休診日

メールアドレス　　　　　　　　　　　　　＠

【登録情報アンケート】

１）貴施設についてお尋ねします。選択肢を○でお囲みください。

　　①駐車場　　　　　あり　　・　　なし

　　②階段　　　　　　あり　　・　　なし

　　③バリアフリー状況

　　　A. 待合室までは車椅子は可能であるが、診察台までは歩くことが必要

　　　B. 診察台まで車椅子で入ることが可能 C. 独歩のみ

２）ご応対頂ける診察内容についてお尋ねします。選択肢を○でお囲みください。

A.　　一般的な口腔管理（歯石除去・ブラッシング指導・PMTC）

　　B.　　Aに加え、抜歯処置

　　C.　　AとBに加え、血液疾患（白血病・骨髄移植）を含む難渋症例に対する抜歯処置

＊返信先FAX　052-804-6216　名古屋記念病院・病診連携室

担当者