

# 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