

(別紙様式1)

歯科疾患総合指導料 説明文書

(患者氏名) _____ 殿 平成____年____月____日

主 訴	
初 診 日	平成____年____月____日
症 状	
検 査	
傷 病 名	
治療計画 指導内容	
治療期間	
治療頻度	
全ての歯科疾患 の治療の要否	<input type="checkbox"/> 希望する / <input type="checkbox"/> 希望しない
保険医療機関名	
所在地・電話番号	() _____
担当歯科医師名	⑩
備 考	

私は、上記の説明を受け、一連の治療計画に基づく、歯科疾患総合指導に同意します。

患者署名：(患者氏名) _____ (同意年月日) _____ 年 ____ 月 ____ 日

(別紙様式2)

歯科疾患継続管理診断料 説明文書

(患者氏名) _____ 殿 平成____年____月____日

傷病名	
診断日	平成____年____月____日
検査結果	
口腔内の状態	
指導計画等	
管理期間	
指導頻度	
継続管理の要否	<input type="checkbox"/> 希望する / <input type="checkbox"/> 希望しない
保険医療機関名	
所在地・電話番号	() _____
担当歯科医師名	Ⓜ
備考	

私は、上記の説明を受け、継続管理計画に基づく、歯科疾患継続指導に同意します。

患者署名：(患者氏名) _____ (同意年月日) _____ 年 ____ 月 ____ 日