

# 摂食嚥下リハビリテーション受診申込書

さえぐさ歯科クリニック

摂食嚥下リハビリテーション外来 御中

本院の医療目的に同意し、摂食嚥下リハビリテーションを受診したく申し込み致します。

訓練成果の評価を目的に行われる写真撮影、ビデオ撮影について

**同意します ・ 同意しません**

(いずれかを○で囲んでください)

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理者氏名 \_\_\_\_\_

※患者本人が同意書に署名できない場合、未成年の場合に代理人の署名が必要となります。

さえぐさ歯科クリニック