

(一社) 平野区歯科医師会 在宅歯科ケアステーション

訪問歯科診療（往診）のご案内

☆寝たきりの方またはそれに準ずる方（一人での通院が困難な方）が対象です。

☆医療保険・介護保険が適用されます。謝礼や交通費はかかりません。

☆より詳しい往診に関することや費用に関しては「平野区歯科医師会」のホームページをご覧ください。

わかりにくい場合は担当のケアマネをとおしてお申込みください。

お預かりした情報は個人情報保護に関する法令を遵守し、適切な管理を行い、往診以外の目的には利用致しません

訪問歯科診療申込書

お申し込み日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名	様	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所又は 往診先			
往診の日時に 関しての連絡先	・患者宅 ・事務局（担当ケアマネ）・その他() TEL FAX		
緊急連絡先			
主訴 (気になる症状)	・義歯調整・歯や口の痛み・歯茎の腫れ・歯、口の汚れ・歯の欠損 ・口臭・摂食嚥下障害・口腔乾燥・顎がはずれる・歯石除去 ・食べこぼし、むせ・飲み込めない・食事量減少・味覚障害 ・食事量減少・味覚障害・口腔ケア依頼		
往診の希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		
駐車スペース	あり ・ なし	かかりつけ歯科医	
主治医	病院、医院名：	電話	
	担当医師名：	FAX	
既往歴（今迄にかかった病気）	・脳血管障害・心疾患・高血圧・糖尿病・感染症（A型・B型・C型肝炎・HIV） ・認知症 ・その他（ ）		
要介護度等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
デイサービス利用	・有（週 回 月 火 水 木 金 土 曜日） ・ 無		
患者さんの状態	・寝たきり・寝たり起きたり・移動できる（自力・介助して）・認知症 軽 ・ 重		
食事	・普通食・キザミ食・流動食・経管栄養・その他（ ）		
特記事項			

この用紙をご記入くださった方

氏名	続柄（ ）	上記患者の担当ケアマネ及び介護事業所名
電話		担当ケアマネ：
FAX		事業所名：

どの様にして訪問歯科を知りましたか？

・ポスター、チラシで知った ・保健所、地域包括ケアマネからの紹介 ・研修会で知った ・ケアマネから紹介 ・訪問看護ステーションから紹介・介護老人福祉施設から紹介 ・介護老人保健施設から紹介 ・介護療養型医療施設から紹介 ・病院、診療所から紹介 ・主治医から紹介 ・知人、友人から紹介 ・その他

安心の平野区歯科医師会

〔担当医確認欄〕 （ゴム印で可）

在宅歯科ケアステーション TEL 06(6701)5883

FAX 06(6701)5882

※できるだけ FAX でお申し込み下さい。