

(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

相 談 受 付 票 (整理番号 30 -)

受付日時	月 日 ()	応対者													
ふりがな		相談回数													
相談者氏名	様	初めて	2回目 3回目以上												
相談者職種	一般府民、介護支援専門員、訪問看護師、医師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ヘルパー、社会福祉士、介護福祉士、事務職員、その他 ()														
相談者所属施設名	連絡先 電話番号														
	()														
施設分類	患者本人、患者家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 訪問看護ステーション、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設 病院・診療所（医科）、歯科診療所、保健所・保健センター、公民館・市民の憩いの場、 その他 ()														
住 所	〒 - 市 区														
在宅歯科医療 連携室を知つ た経緯	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 ポスター・チラシで知った</td> <td style="width: 50%;">2 保健所・地域包括Cからの紹介</td> </tr> <tr> <td>3 研修会で知った</td> <td>4 ケアマネージャーからの紹介</td> </tr> <tr> <td>5 訪問看護STからの紹介</td> <td>6 介護老人福祉施設からの紹介</td> </tr> <tr> <td>7 介護老人保健施設からの紹介</td> <td>8 病院・診療所からの紹介</td> </tr> <tr> <td>9 主治医からの紹介</td> <td>10 知人・友人からの紹介</td> </tr> <tr> <td>11 その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>			1 ポスター・チラシで知った	2 保健所・地域包括Cからの紹介	3 研修会で知った	4 ケアマネージャーからの紹介	5 訪問看護STからの紹介	6 介護老人福祉施設からの紹介	7 介護老人保健施設からの紹介	8 病院・診療所からの紹介	9 主治医からの紹介	10 知人・友人からの紹介	11 その他 ()	
1 ポスター・チラシで知った	2 保健所・地域包括Cからの紹介														
3 研修会で知った	4 ケアマネージャーからの紹介														
5 訪問看護STからの紹介	6 介護老人福祉施設からの紹介														
7 介護老人保健施設からの紹介	8 病院・診療所からの紹介														
9 主治医からの紹介	10 知人・友人からの紹介														
11 その他 ()															
ふりがな	性別	年齢	訪問先住所												
受診希望者氏名 ※本人以外の場合	男・女	歳	市区												
備 考															
相談内容	<p style="text-align: right;">※↓○は2つまで。</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">() 歯科治療依頼</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 義歯調整、歯や口の痛み、歯茎の腫れ、歯や口の汚れ、 歯の欠損、口臭、摂食嚥下障害、口腔乾燥、顎が外れる 歯石除去、その他 () </div> </div> <p>() 食支援依頼 (食べこぼし、むせ、飲み込めない、食事量減少、味覚障害)</p> <p>() 口腔ケア依頼 ※↑○は1つまで。</p> <p>() その他 ()</p>														
依頼者様は、 こちらは未記 入で結構です	診療所承諾印《ゴム印でOK》														