

《 歯科訪問診療のご案内 》

①対象は？

➡ 歯科診療所への通院が困難な高齢者や障害をお持ちの方となります。

②訪問場所は？

➡ ご自宅はもちろん、病院や各種福祉施設などへも伺います。

③診療内容は？

➡ 口腔検査、義歯の製作・調整、むし歯の治療、歯石除去、口腔ケアなど、歯科診療所とほぼ同等の治療が可能です。治療だけでなく、食べられるようになるための口腔・嚥下リハビリや摂食・嚥下指導も行います。

④診療スペースや診療姿勢については？

➡ 診療機材は持ち込みますが、畳一畳分あれば可能です。ベッドに横になったままあるいは車椅子に座ったままの診療も可能です。

患者さんの状態に合わせ、最も楽な姿勢で治療できるように配慮します。

歯科医師の施術しやすい体位になって頂く事もあります。

⑤用意するものは？

➡ 特にありませんが、治療内容によっては水道と電源をお借りすることがあります。

⑥1回の治療時間は？

➡ 診療内容によって異なりますが、ご利用の負担を考え平均 20～30 分としております。

⑦訪問時間は？

➡ 9：00～18：00 の間で伺います。

（予約 曜日・時間帯 要相談）

⑧費用は？

➡ 医療保険・介護保険が適用されます。

医療保険は、

平成 26 年 4 月 1 日以降に 70 歳に達する方：2 割負担

平成 26 年 3 月 31 日以前に 70 歳に達した方：1 割負担

現役並みの所得者の方：3 割負担

障害者・生活保護の方：各市町村の減免と同じ

一般の方：一般の医療保険自己負担割合と同じ

介護保険は通常 1 割負担ですが、平成 27 年 8 月より一定以上の所得がある方は 2 割負担となりました。

介護認定を受けている方は、介護方法「居宅療養管理指導」が適用されます。

・ 歯科医師によるもの（月 2 回上限）

・ 歯科衛生士によるもの（月 4 回上限）

その他、ご質問などございましたら何なりとお問い合わせください。



歯科訪問診療申込書 1

下記の欄の解る箇所は全てご記入ください。

ふりがな		性別	※生年月日		年齢
氏名		男・女	T・S・H	年 月 日	
住所	〒				血液型 型
TEL :			携帯番号 :		
病名と現在の状況を詳しくお書き下さい	(病名)	(状況)			
申込者氏名				続柄	
要介護認定を取られている方はご記入下さい (要介護度) 1・2・3・4・5		要支援認定をとられている方はご記入下さい (要支援度) 1・2			
介護保険 負担割合			割		
主な介助者(キーパーソン) :				様	

保険証・介護保険証は、コピーを当院までFAX(072-737-6433)にてお送りください。

訪問歯科診療にお伺いするにあたり、ご希望の曜日・時間帯等がございましたら、ご記入下さい。

※ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

	第一希望	第二希望	第三希望
曜日			
時間帯			

在宅のご家族の皆様へ ----- 介護支援専門員様と当院にて連絡を行い、必要書類を頂く様、手配させていただきます

介護支援事業者の皆様へ --- お手数ですが、フェイスシートと週間サービス表も同封お願い致します。

訪問診療問診表

2

年 月 日

どうされましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯が痛い（しみる・ひびく） ・ 詰めていたものが取れた ・ 定期的な口腔ケアを希望 ・ 摂食・嚥下リハビリを希望（自力で食事をとりやすくするリハビリ） ・ その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>						
それはどこですか	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">左上</td> <td style="padding: 0 10px;">上前</td> <td style="padding: 0 10px;">右上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">左下</td> <td style="padding: 0 10px;">下前</td> <td style="padding: 0 10px;">右下</td> </tr> </table>	左上	上前	右上	左下	下前	右下
左上	上前	右上					
左下	下前	右下					
特記すべき感染症	HIV(有・無) 肝炎(有：A型 B型 C型・無)						
利用者様の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 意識障害<コミュニケーション可能か否か> (有・無) ● 聴力障害 (右有・左有・無) ● 麻痺 (右有・左有・無) ● 視力障害 (右有・左有・無) ● うがい (可・否) ● 嚥下むせ (有・時々有・無) ● 肺炎の既往 (なし・あり<いつ頃 >) ● 言語障害 (有・無) ● 認知症 (無・軽度・中度・重度) ● 食事 (普通・軟食・きざみ食・ミキサー食) ● 食事の介助 (介助なし・部分介助・全介助) ● 栄養摂取 (経口・経管・両方) ● 入れ歯 (有・無) ● 口腔清掃 (毎日・時々・していない・要介助) 						
現在服用中の薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ ない・ある (ある場合は、ご記入頂くかリストをFAX又はコピーにて頂けますか。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> ・ アレルギー ある・ない (ある場合はご記入ください) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>						
主治医	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;">病院名</td> <td style="border: none;">TEL :</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">氏名</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	病院名	TEL :	氏名			
病院名	TEL :						
氏名							
居宅介護支援事業所名 担当ケアマネージャー	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;">氏名 :</td> <td style="border: none;">TEL :</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">FAX :</td> </tr> </table>	氏名 :	TEL :		FAX :		
氏名 :	TEL :						
	FAX :						
駐車場について	自宅前に駐車可 駐車場が近くに 有・無						
その他							