

訪問診療(歯科)を行うにあたりお願い

- ・高齢、療養中、障害があるなどの理由で歯科医院への通院が困難な方へ歯科治療、口腔ケア等を行います。
- ・訪問時間をご希望に沿うよう日程を組みますが、治療内容や技工物(被せもの・入れ歯)の製作、他への訪問の兼ね合いから変更になる場合があります。
- ・交通費を距離に応じて頂いております。
片道 3km以内 無料
3~8km ¥100/km 8~12km ¥150/km 12km以上 ¥200/km
当院より訪問先まで、GoogleMapのルート検索にて調べた距離で計算致します。
交通費は往復で加算させていただきます。
例)訪問先であるご自宅が片道6kmの場合 $6\text{km} \times ¥100/\text{km} \times 2(\text{往復}) = ¥1200$
- ・介護認定を受けている居宅(グループホーム・老人ホームなどの介護施設)の患者様は介護保険での算定「**居宅療養管理指導**」を行います。
担当ケアマネージャ様宛へ連絡させていただきます。
- ・カルテ作成、保険請求のために**保険証のコピー**を用意してください。

介護保険証(介護認定を受けている方)2種類

- ・介護保険負担割合証(番号・適用期間が書いてあるもの)
- ・介護保険被保険者証(番号・要介護状態区分・認定の有効期間が書いてあるもの)

医療保険証 国民健康保険証または健康保険証

- ・後期高齢者医療被保険者証

重度心身障がい者医療費受給資格者証

※診療期間中に有効期限が切れた場合は再度、提出してください。

患者様の状況を把握しスムーズな診療を行うため以下の**書類の提出**をお願いします。

- ①**診療情報提供書**(施設・病院の担当者、居宅の場合はご家族やケアマネージャーの方で記入)
- ②**往診問診表**(治療を依頼されたご家族の方)
- ③**口腔の状態と治療の承諾書**(希望にチェックし署名してください)
- ④**服薬がある場合、お薬手帳など服薬内容が分かるもののコピー**
- ⑤**保険証のコピー**(介護保険2種類・医療保険・重度心身障がい者医療費受給資格者証 該当するもの)
- ⑥**かかりつけ病院名・担当医・担当ケアマネージャー名記入用紙**

ご不明な点がありましたら、下記までご連絡ください。

いがらし歯科医院 ☎028-673-6661 Fax028-673-6662

往診問診表

【患者情報】

氏名(漢字)	
氏名(ふりがな)	
性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
年齢	歳
現住所	

【治療依頼者情報】

治療依頼者(ご家族等)氏名	
患者との関係(続柄)	
郵便番号	
住所	
電話番号	
携帯番号	

【治療費請求先】

一ヶ月分の治療費をまとめて、治療月の翌月に請求書を送付いたします。

お支払いは、振り込みまたは医院に直接来院をお願いいたします。

請求書送付先(をお願いします)

治療依頼者(上記)

施設・病院

その他→以下ご記入ください

氏名	
郵便番号	
住所	

診療情報提供書

患者氏名	様 男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
診断名		既往歴	

【アレルギー・副作用歴】			
医薬品アレルギー	無・有 ()	食品アレルギー	無・有 ()
医薬品副作用	無・有 ()	体質上の注意事項	
【介護の状況】			
要介護・要支援認定		主介護者	配偶者・子・孫・他()
【食事】			
食事形態	普通食・きざみ・つぶし・ミキサー・他 ()		
経管栄養	無・有 (経鼻・胃瘻・他)		
【患者さんの状況】			
聴力	右	問題なし・大声なら可・聞こえない	
	左	問題なし・大声なら可・聞こえない	
視力	右	問題なし・僅かに見える・見えない	
	左	問題なし・僅かに見える・見えない	
発語	問題なし・単語のみ・音のみ・発語なし		
コミュニケーション	問題なし・僅かに取れる・日による・取れない		
会話の理解度	問題なし・ある程度理解できている・理解できていない		
移動	自立・介助・車イス・寝たきり・その他 ()		
感染症の有無	無・有 (B型肝炎・C型肝炎・HIV・他)		
精神状態	安定・不安定	服薬	無・有→コピー添付お願いします
麻痺	無・有 ()	洗口(うがい)	出来る・出来ない
義歯	持っていない・持っている → 使っていない・使っている		

施設・医療機関名		担当者	
住 所	〒	電話番号	
		FAX番号	