

書類記入・コピーの依頼

①診療情報提供書

施設・病院等の担当の方で記入をお願いします。

居宅の場合、ご家族の方やケアマネの方等で記入をお願いします。

②往診問診表

治療を依頼されたご家族の方が記入をお願いします。

③応急処置の承諾書

ご家族の方が記入をお願いします。

④保険証のコピー

(生活保護の患者さまは事前に、ご自身で市役所にご連絡ください)

- ・保険証 ・お薬手帳
- ・保険高齢者受給者証(70歳以上の方、保険証に含まれている場合があります)
- ・介護保険負担割合証
- ・介護保険被保険者証(※要介護度の記載のあるページも必要です)
- ・重度心身障がい者医療受給資格者証や特定医療費受給者証をお持ちの患者さま

※保険証の変更、負担割合の変更等がありましたら、お知らせください。

以上4点を**初診の際**に提出いただきますようお願いいたします。

不備等の場合は、各医院までご連絡ください。

いがらし歯科グループ



診療情報提供書 * 空欄のないようご記入ください

記入者:

いがらし歯科グループ

| | | | | | | |
|------------|-------|------------|-------|---|---|---|
| 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・他() | |
| | 左 | 問題なし・大声なら可・聞こえない・他() | |
| 視力 | 右 | 問題なし・僅かに見える・見えない・他() | |
| | 左 | 問題なし・僅かに見える・見えない・他() | |
| 発語 | 問題なし・単語のみ・音のみ・発語なし・他() | | |
| 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・他() | | |
| 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・他() | | |
| 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 | |

応急処置の承諾書

年 月 日

ご家族様ご検討の上、下記にご回答頂き、署名・捺印をお願いします。
口腔内を診させていただき、その場で施設、病院と歯科医が
応急処置が必要と判断した場合、治療を行う可能性があります。
(をお願いします)

- 同意する
同意しない

ご家族の氏名 _____ 続柄 _____ (印)

ご家族様より、ご要望等ありましたらご記入ください

.....
※大きく治療計画が変更になる際は、改めてお電話等でご連絡致しますが、
応急処置等緊急を要する処置はその限りではありません。
また、施設・病院等で処置した場合は治療ごとに報告書をお渡ししていますので、
必要に応じてご確認ください。

いがらし歯科グループ

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(代理で支払いに来院される場合のみ)

その他→以下ご記入ください

| | |
|------|--|
| 氏名 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |

訪問歯科診療についての承諾書

□ 初診料について

訪問歯科診療では、まずお困り事等の問診と、お口の中のチェックをさせていただきます。患者さまのお口の中を初めて拝見した日から初診料として、費用のご負担をいただいております。

約¥2000(保険負担割合1割) ¥5500(3割) 程度かかります。

□ 交通費(居宅の患者さま)について

いがらし歯科グループでは訪問先と医院の距離に応じて、下記の通り交通費をいただいております。

| | | |
|--------|---------|-------------------------------|
| 片道 | | |
| 3km以内 | 無料 | |
| 3~8km | 100円/km | (例) 当院より訪問先であるご自宅が片道6kmの場合 |
| 8~12km | 150円/km | 6km × 100円/km × 2(往復) = 1200円 |
| 12km以上 | 200円/km | |

当院より訪問先まで直線距離ではなく、Google Mapのルート検索にて調べた距離で計算致します。(小数点以下切り捨て)

また、交通費は往復で加算させていただきます。御了承下さい。

□ 口腔ケアについて

<口腔ケアの目的>

口腔ケアの目的は、口の中を清潔にするだけでなく、歯や口の疾患を予防し、口腔機能を維持することにあります。また、誤嚥性肺炎などの全身疾患の予防、全身の健康の維持・向上にもつながります。

週に1回くらいのペースで継続した口腔ケアを受けていただくことが、誤嚥性肺炎のリスクを低下させることにつながります。

<費用について>

1回の口腔ケアの訪問で、約¥500~1000(保険負担割合1割) ¥1500~3000(3割) 程度かかります。

(をお願いします) ご不明な点がありましたらご連絡ください。

ご家族の氏名

続柄

⑤

患者さま、ご家族の方々、ご理解・ご協力をお願い申し上げます。