

訪問歯科診療申請書

受付場所 _____

受付者 _____

訪問診療を依頼する患者について	フリガナ (性別) 氏名 男・女		
	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)		
	現住所 TEL ()		
	連絡先氏名 続柄		
	連絡先住所 TEL ()		
	今まで歯科の往診を依頼したことがある(年 月ころ) ・ ない	かかりつけ歯科医(ある場合のみ記入)	
	かかりつけ医 TEL ()		
ケアマネージャー	氏名	事業所名	TEL ()
	口腔状態 主訴(現在気になっているお口の中の症状など) ・歯が痛い ・むし歯がある ・歯がぐらぐらする ・その他 () ・入れ歯を直したい ・入れ歯を作りたい ・詰め物、かぶせ物がとれた ・歯ぐきが痛い ・検診をして欲しい ・口腔ケアをして欲しい		
身体状態	今までにかかったことのある病気・現在治療中の病気はありますか ・心臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・ぜんそく ・脳卒中 ・高血圧 ・低血圧 ・その他 () ・甲状腺 ・認知症 ・骨折など ・肝臓病 ・パーキンソン症候群 ・感染症など		
特記事項	要介護認定の有無 なし、要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5 身体障害者手帳 有・無	その他(希望・注意点等あればご記入ください)	

訪問歯科診療のご案内

姫路市歯科医師会 ・ 姫路市

歯科医院への通院が困難な方に対して、姫路市歯科医師会会員が訪問して歯の治療を行います。

入れ歯の調子が悪い、歯が痛い、咬めないなど歯や口のトラブルに対応し、食生活の改善及び健康の維持、増進に役立てようとするものです。歯は健康の源です。楽しく、おいしく食べるためにもぜひご利用ください。

1. 対象者 歯科医院への通院が困難な方
(年齢制限はありません)
2. 内 容 口腔全般についての相談と治療
(口腔衛生、摂食、嚥下についての
相談と指導、むし歯の処置、入れ歯
の作製、修理等を行ないます)



3. 申し込み方法 本人または家族、介護者が以下の方法で申し込んでください

- ① 最寄のかかりつけの歯科医院へ直接相談あるいは申し込む 注)
- ② 姫路市歯科医師会口腔保健センター(歯科地域連携室)
お電話又は裏面の訪問歯科診療申請書に必要事項を記入の上
センターへ申し込む
(TEL:079-288-5896、FAX:079-289-0295)

必要事項を聞き取り後、訪問手続きをし、歯科医がお宅に伺います。

注) かかりつけの歯科医院に訪問歯科診療を希望される方へのお知らせ

訪問歯科診療登録医一覧に記載がない歯科医院でも、対応できる場合がありますので、一度かかりつけの歯科医院にご相談ください。また、下記にご連絡いただければ当該歯科医院が対応できるか確認することもできます。

4. 費 用 往診診療を受けた場合は、健康保険診療の自己負担額をお支払いいただきます。交通費は本人の負担になります。
5. 問い合わせ 姫路市歯科医師会口腔保健センター内 歯科地域連携室
(TEL:079-288-5896)

