

あきらめていませんか？歯の治療

# 歯の往診

訪問診療  
と  
口腔ケア

食べる  
よろこび



会話する  
ことの  
よろこび



口元が  
きれいになる  
よろこび



通院にお困りの方のご自宅や施設にお伺い致します

通院できない方、寝たきりの方、施設入居の方

津歯科医師会 **口腔ケアステーション**まで、ぜひご相談ください。

TEL : 059-225-1304 / FAX : 059-223-3936

(公社) 津 歯 科 医 師 会



# 公益社団法人 津歯科医師会訪問歯科診療及び口腔ケア申込書

申込者

申込日 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

患者さんとの関係 ( ) \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_

ふりがな 患者さんのお名前 _____	男 ・ 女 _____
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	_____ 歳
住所 _____	
電話 ( ) _____	
周辺道路状況 1) 自宅駐車可能 2) 自宅前駐車可能 3) _____m離れたところに駐車可能 4) 不可	

かかりつけまたは今までにかかったことのある歯科医院名 ( 無 ・ 有 \_\_\_\_\_ )

申込理由 (○をつけてください)

1 痛みがある 2 腫れている 3 良くかめない 4 入れ歯が合わない  
5 飲み込み時にむせる 6 食事に時間がかかる 7 口の中が汚れている  
8 口腔ケア 9 その他

かかりつけの病医院名  
(内科等) \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

今回の治療に関する主治医の了解 ( 有 ・ 無 )

主な病名 \_\_\_\_\_

服用している薬剤名 \_\_\_\_\_

患者さんの状態

1 寝たきり 2 寝たり起きたり (30分ぐらい座っていることができる)  
3 介助があれば移動できる 4 自分で移動できる

要介護認定の有無 無 ・ 有 (要支援 1 2 要介護 \_\_\_\_\_)

医療費助成の有無 無 ・ 有

健康保険の種類 1 国民健康保険 2 社会保険 3 後期高齢者保険  
4 生活保護 5 その他

担当ケアマネージャーさんの所属事業所名 \_\_\_\_\_

担当ケアマネージャーさんのお名前 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_

【お願い】 訪問しての診療に関しましては、安全性・機材・制度その他の点でいろいろな制限があります。したがって、要望される治療ができかねることがありますので、あらかじめご了承ください。



公益社団法人 津 歯 科 医 師 会

〒514-0004 津市栄町2丁目365  
TEL 059-225-1304 FAX 059-223-3936