

訪問歯科診療の流れ



寝たきりや歩行困難で歯科医院への通院ができない方は、かかりつけ歯科医院にご相談ください。かかりつけ歯科医院が訪問歯科診療に応じられない場合は地域連携室にご相談ください。

対象者

平塚・大磯・二宮在住の歯科治療希望の通院困難者
*条件によってはお受けできない場合もあります

申し込方法

「訪問歯科診療依頼書」(左のページにあります)に必要な事項を記入して頂き、平塚歯科医師会地域連携室まで FAX してください。依頼書はコピーしてお使い下さい。

FAX:0463-52-0366

FAXされたら

FAX でお受けした内容をもとに担当者が、かかりつけ歯科医院あるいは、お近くの平塚歯科医師会訪問歯科協力医に依頼します。担当医が決まりましたら、担当医より訪問日を相談させていただきます。

こんな症状があったら、
お気軽にご相談ください



- グラグラしている歯がある
- 舌が汚れている
- 歯肉が腫れている
- 歯ぐきから血が出る
- お口の中が乾燥しやすい
- とがった歯がある
- 歯や義歯が汚れている
- 義歯が動く
- 口臭がある
- 時々むせる
- 口腔ケアを頼みたい



ご不明な点がございましたら



平塚歯科医師会地域連携室
TEL:0463-26-8255

お間違えなく



訪問歯科診療依頼書

No.

令和 年 月 日

情報提供者	家族(続柄)・施設()・医療機関()						
患者氏名	ふりがな		男 女	住 所			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳	連絡先	主たる 介護者		続柄()	
既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> その他 (《該当する項目にレ点を入れて下さい》)			飲ん で いる 薬	※診療時にお薬手帳をご掲示下さい		
医療保険	社保・国保・高齢者・生保		介護保険	有・無(介護度)		身障者医療手帳	有・無
かかりつけ医師 名称()	有・無		かかりつけ歯科医師 名称()	有・無		ケアマネージャー名() 施設名()	
連絡先	- -		連絡先	- -		連絡先 - -	
駐車スペース 有・無 その他特記事項があればお書きください							

★依頼理由《該当する項目にレ点を入れて下さい》

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い。熱いもの、冷たいものがしみる | <input type="checkbox"/> 入れ歯が落ちてくる、パカパカ動く |
| <input type="checkbox"/> 詰め物がはずれている | <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れてもうまく噛めない |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが赤くはれている。血がでる | <input type="checkbox"/> 入れ歯があたって痛い |
| <input type="checkbox"/> 歯がグラグラ動く | <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた(義歯破損) |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | <input type="checkbox"/> 歯が抜けたままで食事に不自由 |
| <input type="checkbox"/> 食べるときや飲み込むときにむせる | |

その他

()

歯科医師会使用欄

担当歯科医師	
依頼者への連絡日時	
訪問予定日時	
訪問後の報告事項	