

訪問歯科診療 相談書

記入日: 年 月 日

送付先: 東淀川区歯科医師会

(施設名)	(ご担当者名)
依頼元:	
連絡先:	ご関係: 医科主治医・訪問看護・ケアマネージャー・介護職 その他()

訪問歯科診療について (依頼 ・ 相談) します

患者様情報

氏名 : _____ (男・女)

生年月日 : M・T・S・H 年 月 日

住所 : 〒 _____

電話 : _____

キーパーソン: (氏名) _____ (連絡先) _____

【依頼 ・ 相談】内容 ※訪問歯科診療はご病状等によりご自身での通院が困難な方が対象になります

(_____)

患者様の全身状態 ※医科診断名等 病名の記入をお願いします

(_____)

担当ケアマネージャー

あり (氏名 _____ : 所属事業所 _____) ・ なし

TEL _____

訪問についての打合せ先

ご依頼元 ・ ご本人(患者)様 ・ キーパーソン ・ 担当ケアマネ

その他 (_____) TEL _____

訪問歯科診療の依頼・ご相談は東淀川区歯科医師会へ

※この用紙に必要事項をご記入いただき、下記までFAXでお送り下さい。

FAX 06-6322-9406

内容確認後 ご指定の打合せ先にご連絡申し上げます。(対応時間 月・水・金 10:00~14:00)

訪問歯科診療希望の意思確認後、訪問診療を行います当会会員歯科医師をご紹介します。

訪問歯科診療相談書の活用方法について

東淀川区歯科医師会による在宅歯科診療の体制が整い、歯科医師会を通じて在宅患者への在宅歯科診療の提供が可能となりました。

かかりつけ医の先生が在宅歯科医療を必要と判断された際や、介護に携わる関係職種の方が患者さん本人または、その家族等から歯科治療の相談を受けられた場合に この用紙を東淀川区歯科医師会事務局までFAXでお送り下さい。内容を在宅歯科ケアステーションの担当者にて確認し、訪問歯科診療を実施しております東淀川区歯科医師会の会員歯科医師をご紹介申し上げます。

訪問歯科診療の【ご依頼・ご相談】及び、訪問開始までの流れ

- ①「訪問歯科診療 相談書」に必要事項を記入の上、東淀川区歯科医師会にFAXをお願いします。
- ②東淀川区在宅歯科ケアステーションの担当者より、ご指定のお打合せ先に連絡をとり、訪問に関するスケジュール等の確認を致します。【※在宅歯科ケアステーションの開設時間 月・水・金の10:00～14:00】
- ③確認させて頂きましたスケジュール等の内容を基に訪問歯科診療の担当医を決定致します。
訪問致しますのは、東淀川区歯科医師会の会員歯科医師となりますのでご安心ください。
- ④お打合せにて決定しました日時に、歯科医師が訪問させて頂きます。
※保険診療となりますので、各種被保険者証をご提示下さい。
- ⑤治療を進める上で詳しい診療情報が必要な場合は かかりつけ医の先生に担当歯科医から連絡を致します。
診療情報の提供につきましては、直接やり取りをお願い致します。