

訪問歯科診療のご案内

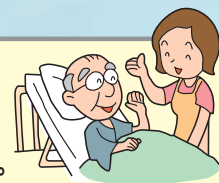
訪問歯科診療とは、寝たきりの方や、身体が不自由で歯科医院へ通院することができない方を対象に歯科医師が訪問し、歯科治療を行う医療サービスです。

こんな場合にご相談ください

- 義歯の不調や破損
- 口臭
- 虫歯の治療 など



かかりつけの歯科医師や
ケアマネジャーさん、
地域包括支援センター等へご相談ください。



訪問歯科診療の進め方

申込み

- 裏面の依頼票に必要事項を記入して下記によりFAXで申し込んでください。
- ① かかりつけの歯科医師がいる場合
 - 直接かかりつけ歯科医院に電話又はFAXで申し込んでください。(FAXの場合は送信後、電話確認をお願いします。)
 - ② かかりつけの歯科医師がいない場合や、以前受診した歯科医師が訪問診療を行っていない場合
 - 「舞鶴歯科医師会口腔サポートセンター (FAX 0120-72-8020)」へ申し込んでください。

訪問診察

申し込み後、医院から
訪問日を連絡します。

訪問日が決まりましたら、
訪問診察を行います。
症状や治療方法等について
説明します。
(診察のみでも費用がかかります。)

治療開始

受診者に応じた治療
方針に基づき、受診者
にとって体力的に
大きな負担となら
ないよう考慮して治療
にあたります。



在宅医療協力歯科医院

歯科医院名	住所	電話番号	FAX番号
あさめま歯科医院	浜	66-7890	66-7890
いとう歯科	溝尻町	66-2611	66-2611
井上歯科医院	浜	62-1645	64-0200
小川歯科医院	余部上	62-0913	62-0913
杉立歯科医院	浜	62-0273	63-7795
五条内藤歯科	浜	64-1538	64-1696
内藤矯正歯科医院	浜	62-1077	62-6992
中川歯科医院	浜	62-0095	62-0169
畑歯科医院	森町	63-3525	65-2166
ふるもり歯科クリニック	浜	62-1376	66-0724
ほりさわ歯科医院	浜	63-8778	63-8778
松代歯科医院	倉梯町	62-1612	

歯科医院名	住所	電話番号	FAX番号
松田歯科医院	浜	62-0117	62-0117
森歯科医院 (要相談)	田中町	63-6480	63-8269
吉田歯科医院	八反田南町	63-6222	63-3399
小瀬木歯科医院	北田辺	75-0431	75-7766
おぜき駅前歯科医院	南田辺	77-1133	77-1880
くまがい歯科クリニック	大内	76-6232	77-5234
倉谷たかい歯科医院 (要相談)	倉谷	76-8241	76-1120
徳田歯科医院	引土	76-3673	76-3673
にしむら歯科クリニック	引土	78-4500	78-4555
馬場歯科医院	伊佐津	78-4075	78-4076
まつえ歯科クリニック	七日市	75-0099	75-0071



病院や医院へ定期的に通院をされている方や、車椅子での移動ができる方は、医療保険制度の決まりにより訪問歯科診療が受けられない場合がありますのでご注意ください。

車椅子等で通院可能な方は、下記の車椅子対応が可能な歯科医院に相談ください。

歯科医院名	住所	電話番号	FAX番号
あさめま歯科医院	浜	66-7890	66-7890
いとう歯科	溝尻町	66-2611	66-2611
井上歯科医院	浜	62-1645	64-0200
小川歯科医院	余部上	62-0913	62-0913
川北歯科医院	南浜町	63-4618	
杉立歯科医院	浜	62-0273	63-7795
内藤矯正歯科医院	浜	62-1077	62-6992
ふるもり歯科クリニック	浜	62-1376	66-0724
ほりさわ歯科医院	浜	63-8778	63-8778
森歯科医院	田中町	63-6480	63-8269
吉田歯科医院	八反田南町	63-6222	63-3399

歯科医院名	住所	電話番号	FAX番号
小瀬木歯科医院	北田辺	75-0431	75-7766
おぜき駅前歯科医院	南田辺	77-1133	77-1880
くまがい歯科クリニック	大内	76-6232	77-5234
たかいデンタルクリニック	京田	75-0607	75-0607
倉谷たかい歯科医院	倉谷	76-8241	76-1120
徳田歯科医院	引土	76-3673	76-3673
にしむら歯科クリニック	引土	78-4500	78-4555
馬場歯科医院	伊佐津	78-4075	78-4076
まつえ歯科クリニック	七日市	75-0099	75-0071
竹屋町森歯科クリニック	竹屋	76-9186	76-9185
山下歯科医院	倉谷	75-4800	75-6755

(平成27年12月現在)

訪問歯科診療依頼票

送付日： 平成 年 月 日

発信元： _____

TEL： _____

FAX： _____

【訪問診療希望者】

〒

【住所】

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

満 歳 男・女

TEL： _____

FAX： _____

至急！

発信元まで連絡

希望者宅へ連絡

以下の点についてお知らせください。

- ケアマネジャーさんの連絡先：
- 身体状況（呼びかけに対する反応の有無や、上半身の起き上がりは可能かなど）：
- 介護の状況（主たる介護者について）：
- 生活状況（独居・同居等）・訪問時に付き添っていただける方の確保・診療費の支払い責任者
- 口腔内の主な症状
- 全身の病状と常用薬について・医科主治医の連絡先
- 歯科・医科・デイサービス等への通院歴
- 周辺地図と駐車場の状況について
- 保険証の準備（医療保険・介護保険証）と要介護度

お願い：他の施設への通院状況などによって訪問診療をお受けできない場合があります。

こちらに記入いただいた情報は、訪問診療以外での利用はいたしません。

記入内容で不明な点がありましたら、担当のケアマネジャーさんへお尋ねください。