

通院が困難な方のための歯科往診サービスです

## 訪問歯科診療の進め方

### ① 申し込み

受付、お電話、FAX、郵送にてお申込み可能です

受付窓口 TEL：03-5948-3735

FAX：03-5948-3736

※ファクスでの申込書は当院ホームページからダウンロード可

### ② 当院からの連絡

お申込者へ当院からご連絡し、初回訪問日時等を決定します

### ③ 初回訪問と説明・相談

歯科医師が訪問し、お口の状態を拝見します

患者さんの健康状態やご都合などを考慮しながら

治療方針・計画を立て、今後の治療についてご案内します

### ④ 治療

ご相談の上決定の治療方針に基づき、

治療および口腔ケアを開始します

まずはお気軽にご相談・ご連絡ください

江古田デンタルオフィス

〒176-0005 東京都練馬区旭丘 2-45-2 山喜ビル3階

# 江古田デンタルオフィス 訪問歯科診療 申込書

令和 年 月 日

申込者情報	住所				
	氏名(フリガナ) 電話番号				
患者氏名	(フリガナ)				
患者生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	( 歳)
訪問先住所	〒				
	電話番号	訪問時駐車場 有 ・ 無			
	(施設の場合) 施設名称 :				
訪問希望日 時間帯 (複数回答可)	曜日	月	火	水	金
	午前(9:30-12:00)				
	午後(14:30-17:00)				
申し込み理由	<input type="checkbox"/> お口のケア <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
通院困難な理由	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 病気などの後遺症 <input type="checkbox"/> その他 通院困難の原因の病名 ( )				
お口及び全身の状態	<input type="checkbox"/> 口が汚れている <input type="checkbox"/> 口が臭う <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 食べ物を飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
介護認定	<input type="checkbox"/> 有     (要支援 1 ・ 2 ) (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )				
	<input type="checkbox"/> 無				
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

- 担当医と相談の上、**申込者様**へご連絡いたします。
- 施設への訪問をご希望の場合、必ず施設ご担当者様へ確認の上お申し込みください。
- 訪問日時・時間帯はご期待に添えない場合もございますがご了承ください。
- お急ぎの場合は直接医院 (03-5948-3735) までご相談ください。