

# 行田協立診療所 歯科訪問診療のご案内

## 訪問診療について

- ① むし歯や歯周病の治療、義歯の作製や修理・調整の他、定期的な口腔ケアなど、歯科訪問診療における処置の範囲で診療可能です。
  - ・必要に応じて病院や診療所と連携体制をとり、訪問診療を受ける方の体調に合わせた治療方針・計画をたて診療をおこなっていきます。
  - ・1回の治療時間は約20分～60分です。訪問時間につきましてはおおよその目安をお伝えしますが、前後の患者さんの具合や道路事情により、時間に変更になることがありますのでご了承ください。
- ② 訪問診療時は、できるだけご家族もしくはキーパーソンとなる方が同席していただけるようお願いいたします。日頃の様子をうかがったり、治療内容等ご説明いたします。

## 訪問診療の対象と料金について

- ① 行田協立診療所から概ね10km範囲内への訪問が可能です。範囲を超える場合はご相談ください。
- ② 以下の場合、訪問診療にうかがうことはできません。
  - ・介護保険での施設短期入所（ショートステイ等）
  - ・介護保険のデイサービス・デイケア・リハビリ等の利用時間
- ③ 料金は保険診療費、介護保険料、保険外の自費のもの（交通費など）となります。
  - ・交通費は距離によって一回ごとにかかります。
  - また、病院や施設によっては有料駐車場の代金が別途に発生する場合があります。
- ④ 料金のお支払いについて
  - ・治療をおこなった月の翌月10日頃に前月分のご請求書を郵送します。郵送先のご希望も可能です。
  - ・お支払い方法は、以下となります。
    - 郵便振替、口座振替の場合は、お支払い月の翌月半ば頃に領収書を郵送します。

### 窓口支払い

病院受付へ来院  
当日領収書をお渡しします

### 口座振替

預金口座から引き落とし  
専用の登録用紙を同封します

## 診療時の準備について

- ① 口腔ケアなどの時に必要な、歯ブラシ、コップ、洗面器、タオル、安定した姿勢を保つために必要な、枕やクッション、バスタオルなどご用意ください。
  - ※ お持ちの方は、常備薬、吸入薬、吸引器などもご用意ください。
- ② 診療時には器具を置くための50cm×50cmほどのスペース（小さなテーブルなど）が必要になります。また、むし歯を削ったりする機械を設置する場合は、電源や水道水を使用させていただきます。
  - ※ 機械は大きな音が響く場合がありますのでご了承ください。

# お申し込み方法

お電話またはFAXまたは来院にて、お申し込みできます。

お申し込みには、下記①～④が必要です。

- ① 歯科訪問診療申込書・同意書、問診票のご記入。
- ② 健康保険証、高齢者受給者証、介護保険証・介護保険負担割合証、その他各種証明書、受給者証明などのご提示。

※ 保険証などはお申し込み後も毎月1回目に確認させていただきます。

また、有効期限や番号、負担割合など変更時の際も必要になりますので提示ください。

- ③ お薬情報のご提示。
- ④ 医療生協さいたま 組合員証のご提示。

## 行田協立診療所 歯科訪問診療体制

	月	火	水	木	金	土	日
午前	○	○	○	○	○	×	休診
午後	○	○	○	○	○	×	

※歯科医師の体制により変動します

## 確認事項について

- ① 料金のお支払い方法のご要望。（窓口・口座）
- ② 歯科疾患在宅療養管理質問用紙へのご回答。
- ③ 治療計画書、口腔ケアプランについてのご説明。
- ④ 医療情報提供の照会、訪問看護サマリー、介護保険サービスケアプラン（週間スケジュール）についての情報収集に対するご了承。
- ⑤ 介護サービス提供開始に際し、居宅療養管理指導への同意。

※『緊急時の対応施策の指針』について

- ・訪問歯科診療を安全におこなうためのポイントは医療安全マニュアルに準じます。
- ・歯科疾患における緊急対応を求められる状態は、出血、炎症、外傷、顎関節脱臼、義歯破損などが考えられます。歯科の範囲で緊急処置を必要とする場合は、連携病院への連絡・搬送が望ましいとされています。治療中の全身的急変の対応については、医科の主治医との連携を必要とし、救命を要する場合には救急搬送が望ましいとされています。

- ⑥ 医療生協さいたまでは、個人情報保護方針で明記して目的以外では患者様・利用者様の個人情報を利用することはありません。当診療所の個人情報利用目的をご確認いただき、ご同意のもとでご記入ください。（お名前をお書きいただいた時点でご同意を得たものとさせていただきます。）

行田協立診療所歯科の訪問診療をご利用いただき、ありがとうございます。  
歯科訪問診療のご案内について同意のうえご利用いただきます。

## 申込書・同意書

私は 訪問歯科診療のご案内 について、承諾・  
同意しましたので、歯科の訪問診療を申し込みます。

年 月 日

ふりがな

大正 昭和 平成

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 (〒 \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ 市

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※ ご本人がご記入できない場合は、代理の方のサインもお願いします

代理人サイン \_\_\_\_\_ (ご本人との続柄… \_\_\_\_\_)

## お支払い方法 (下記のいずれかに○をおつけください)

窓口支払い

口座振替

## 郵送先のご要望 (下記のいずれかに○をおつけください)

訪問先      その他      氏名 \_\_\_\_\_

住所 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 市

医療生協さいたま 行田協立診療所歯科 〒361-0052

〒361-0052 埼玉県行田市本丸 18-3

TEL 048-556-4581 FAX 048-556-8677