

# 訪問診療・往診・訪問口腔ケアをご利用される方へ

2024/01/01 一部改訂

## <申込みの前に>

- ・訪問できる地域には限りがございます。次ページでご確認ください。
- ・訪問診療対象者は介助なしで外出できない方、すなわち寝たきりの方などが対象です。それ以外の方は健康保険の規定で訪問できませんので、外来通院でお願いします。
- ・当院休診日と土曜日は原則として訪問診療を行いません。
- ・今まで当院に通院されたことのある方だけでなく、当院初めての方でも受付可能です。
- ・初回訪問時は口の診査等のみになる場合がございますが、この時は無料訪問歯科健診事業として扱わせて頂くことがありますので、あらかじめご了承ください。

## <申込みから初回訪問までの流れ>

- ①：3ページ目の申込書にご記入の上、当院に提出してください。（送付先は別紙参照）
- ②：申込書が届きましたら、こちらからお電話させて頂き、初回訪問日を相談します。  
（申込書が届いた当日もしくは翌診療日にお電話かけさせて頂きますが、電話が来なかった場合はお手数ですが当院までお電話ください。長期休暇中の場合は休み明けに対応します。）

## <初回時にご自宅で用意して頂くもの>

- ・日頃お使いの歯ブラシと歯間ブラシ・フロスなどの補助清掃用具（使っていなければ不要）
- ・ご家庭にある洗面器（またはガーグルベース・膿盆）
- ・うがい用コップ ・タオル（顔拭き用1枚）
- ・健康保険証・公費負担受給者証ならび介護保険証（ご提示頂けない場合は全額自己負担となります）
- ・初回訪問時には一部負担金の計算ができませんので、一部負担金は後日頂くこととなります。

## <費用について>

医療保険・介護保険の一部負担金の他に交通費（2ページ参照）を別途申し受けます。  
お支払い方法は原則として訪問の都度現金でお支払い頂きますが、それが困難な場合は相談に応じます。

## <当日具合が悪くなった場合>

もし当日具合が悪いなどで訪問をお休みしたい場合は、なるべく朝8：30～9：00の間にお電話ください。  
※以前行っておりました訪問日当日の電話確認は現在行っておりません。

## <訪問の時間について>

道路事情や前の患者さんの処置状況により、お約束した時間より前後することがあります。  
30分以上遅くなる場合はご連絡させて頂きます。  
また、悪天候（暴風、豪雨、豪雪など）のため従業員の外出が危険と判断した場合は、訪問の延期をお願いすることもございます。

## <訪問可能エリアと交通費について>

訪問可能エリアは、原則として新潟市西区全域とさせていただきます。

それ以外の地域は相談に応じますが当院で訪問不可能な場合は他院を紹介します。

保険診療の規定で当院より16kmを超える地域へは訪問できません。

交通費は以下の通りです。(全て税込み)

坂井輪・赤塚地区※	1回50円
上記以外の新潟市西区	1回200円
新潟市西区以外(片道10km以内)	1回500円
新潟市西区以外(10km超16km以内)	1回800円
時間外の臨時往診(平日午後6時以降と土曜日)	上記の倍額
<b>※生活保護の方はお問い合わせください。</b>	

※坂井輪・赤塚地区とは、坂井輪、赤塚、内野、五十嵐、中野小屋の各中学校校区を指します。

## <その他>

- 歯科医師、歯科衛生士、ならび他の同行職員に対して暴力・暴言・嫌がらせ行為があった場合は訪問診療・往診を中止させて頂き、以後の診療をお断りさせていただきます。また悪質な場合は警察に通報することがございますのでご了承ください。
- 歯科医師や職員への謝礼、飲食物の提供はお断りさせていただきます。
- 診療技術向上のため、患者さんが特定できない範囲で写真や動画を学会や研修会等で使用することがあります。ご協力の程お願いしますが、同意できない場合はその旨申し出てください。

申込書は同意書と兼ねております。

申込書を当院にお送り頂いた時点で、上記説明を理解し同意したものとさせていただきますのでご了承ください。

# 訪問歯科診療(往診)申込書・同意書

2019/04/01 改訂

フリガナ

受診者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_

受診者の居所(いずれかに○を) 自宅 自宅以外

訪問先の住所 〒 \_\_\_\_\_

※自宅と異なる場所に訪問希望の場合はその場所をお書きください。

介護者氏名 \_\_\_\_\_

受診者との間柄 \_\_\_\_\_

日中連絡がとれる電話番号(携帯可) \_\_\_\_\_

## 次の質問にお答えください。

・どういったご用件でしょうか？主なものを1つ。(例:入れ歯が合わない、歯が痛い、検診希望など)

・歩行困難になった理由、病名などをお書きください。

・要介護認定は受けられていますか？

いいえ ・ はい (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

担当ケアマネージャーの氏名・所属 \_\_\_\_\_

・初回訪問の希望日について。

送信日より3日後以降の平日の日付を記入し、午前または午後に○をつけてください。

いつでも良ければ「いつでも良い」に○をつけてください。

※午前とは 10:00～12:00、午後とは 15:00～16:00 を指します。

第1希望 月 日 午前・午後 第2希望 月 日 午前・午後

第3希望 月 日 午前・午後

いつでも良い

(その他訪問日時に関して要望があればお書きください)

・日中空いている駐車場はありますか？

いいえ ・ はい

## 申込書記入にあたって

- 書ける範囲内で結構です。書けないところ、不明なところは空欄で結構です。  
但し空欄の内容によってはこちらからお電話などでお伺いすることがありますのでご了承ください。
- 施設への訪問ご希望の場合は、施設の住所、施設名をお書きください。
- 歩行困難となった理由・病名は必ずお書きください。  
記載がない場合は訪問診療・往診はできません。
- 土曜日、日曜日、祝日は訪問診療・往診を行いません。また水曜午後も行いませんので、これらの日付を記入されませんようお願いいたします。
- その他、ご質問は当院ホームページをご覧頂くか、お電話でお問合せください。  
(ホームページは  で検索してください。)

## <申込書の送付先>

- FAX：025-211-5260（電話・FAX兼用）
- 電子メール：[ikarashi.dc@gmail.com](mailto:ikarashi.dc@gmail.com)
- 郵送：〒950-2102 新潟市西区五十嵐二の町8254 いからし歯科
- 当院受付に直接持ち込む際は、当院の受付時間内をお願いいたします。

※お電話での受付は行っておりません。必ず書面にて提出していただきますようお願いいたします。