中京歯科医師会　中京口腔サポートセンター

2023 年版

訪問歯科診療の申し込み方法と「訪問歯科診療　申込書」の記載方法について

Ⅰ．訪問歯科診療の申し込み方法

訪問歯科診療のご依頼は、下記の手順でお願いいたします。

①　かかりつけの歯科医院へ問い合わせ

ご本人もしくはご家族等のかかりつけの歯科医院に、訪問歯科診療が可能かをお問い合わせください。

②「京都市中京歯科医師会　訪問歯科診療対応可能医院リスト」(別紙)より選択

かかりつけの歯科医院などがない場合もしくはその歯科医院が訪問診療を行っていない(訪問歯科診療ができない)場合は、「京都市中京歯科医師会　訪問歯科診療対応可能医院リスト」より選んでいただき、訪問可能かどうかを電話などでご確認の上「訪問歯科診療　申込書」を送付してください。

※　その方に関わっておられる主治医の先生、ケアマネジャー様、訪問看護師様等がお持ちのネットワーク等でご依頼いただいても結構です。

※　中京区外でも訪問可能な場合がありますので、詳細は各医院に直接お問い合わせください。

③　依頼先が見つからない場合

上記①②で依頼先が見つからない場合は、京都市中京歯科医師会　口腔サポートセンター担当者(下記)にお問い合わせください。

訪問歯科診療をご依頼いただく際のおねがい

★　歯科医院へのお電話はケアマネジャーさん、訪問看護師さん、主治医の先生からお願いします**(利用者様などからのお電話は控えてください)**。

★　依頼先歯科医院に**対応が可能であることを確認の上**、「訪問歯科診療　申込書」(次面)をファックスなどでお送りください。

「中京口腔サポートセンター」

TEL:075−811−5770　FAX:075−811−5959

E-mail:qqy925nd@waltz.ocn.ne.jp

(斉藤歯科医院)

Ⅱ.「訪問歯科診療　申込書」の記載方法

あらかじめ対応可能であることを確認した上で右の「申込書」に必要事項を記載して依頼先の歯科医院にFAX等でご送付ください。

「申込書」への記入は専門職の方が行っていただき、ご本人、ご家族の方が記入し申し込みされないようにお願いいたします。

なお、不明な所は空欄のままで結構です。

中京　訪問歯科診療　申込書　別紙の記載方法をよく読んで記入して下さい

御中　　申込日　　年　　月　　日

（医院名がわからない時は「中京口腔サポートセンター」とお書きください）

氏名	（フリガナ）	性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）
		男・女		
住所	（〒　ー　）			☎　ー　ー
キーパーソン（緊急連絡先等）	（続柄）			☎　ー　ー　（同居・別居）
保険情報 医療	後期高齢者　国保　社保　生活保護　他（			負担割合　割
	公費	重障老人	有・無	特記事項
介護	担当CM	事業所名		☎　ー　ー
	割（要支援・要介護）	期間	年　月　日～　年　月　日	
主訴もしくは依頼理由	・入れ歯の調整希望（合わない・痛い）　・入れ歯がこわれた ・入れ歯を作りたい → 古い入れ歯は（有　無）　・歯が痛い ・歯ぐきが痛い、腫れている　・歯がぬけた ・口腔ケア希望 ・その他（具体的に：　）			
通院困難の理由	・脳血管障害　・認知症 ・骨折（部位：　）　・悪性腫瘍（　） ・変形症（腰椎　股関節　膝関節）　・パーキンソン ・心疾患 ・その他（具体的に：　）			
身体状況等	・座位：不可・可（　分程度）　・移動：自立　一部介助　全介助 ・麻痺：無　上肢（右　左）　下肢（右　左）　・意思疎通：良好　やや難　困難 ・その他（具体的に：　）			
障害高齢者の日常生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	HDS−R	点（実施日　）	
感染症	無　有（Hb Hcv ワ氏 HIV MRSA	アレルギー	無　有（　）	
主治医	（通院　往診）☎　ー　ー			
主治医	（通院　往診）☎　ー　ー			
院外処方薬局	☎　ー　ー			
訪問看護ステーション	☎　ー　ー			
口腔の状態	歯磨き	介助無（可　不完全　不可）介助有（可　不完全　不可）他：		
	ぶくぶくうがい	できる　水は口に含める　口に水を含めない		
	飲水	飲める　トロミをつけて飲む　吸い飲みなど使用で飲む　飲めない		
	経口摂取	できる　見守りで可　一部介助　全介助　できない（経鼻　胃瘻）		
	その他			
訪問不可能な曜日・時間　など	日　月　火　水　木　金　土　時間帯　等（　）			
その他特記事項				
申込者	事業所名　等	☎　ー　ー		
		FAX　ー　ー		
	記入者名	（職種：　）		

京都市中京歯科医師会・中京口腔サポートセンター（2021.4）

（お願い）
- 主治医の先生、担当ケアマネジャー様、もしくは訪問看護師様など専門職の方からお申し込みください。
- （ケアマネジャーの方からのお申し込みの場合）週間サービス計画表を添付してください。
- 主治医の先生から特に指示等がある場合は必ず事前にお伝えください。
- 投与中の薬剤などがある場合は薬剤情報提供書かお薬手帳を初回訪問時にご用意ください。
- この記載内容（個人情報）は訪問歯科診療及び訪問口腔衛生指導以外での使用は致しませんが、個人が特定できない範囲で京都市中京歯科医師会の事業の企画立案等の資料にすることがあります。

＊ 依頼先医院名

依頼先が決まらない場合などは「中京口腔サポートセンター」と記入して下さい。

＊ 氏名、性別、生年月日

＊ 住所

現住所（訪問診療を行うところ）を記載して下さい。

＊ キーパーソン（緊急連絡先等）

ご本人以外に連絡を取る場合の連絡先を記入して下さい。

＊ 保険情報（おわかりになる範囲で結構です）

医療：医療保険の種類とその負担割合、公費併用がある場合はその種類、「重障老人健康管理事業」の適応の有無等について記入して下さい。

介護：担当のケアマネジャーの方のお名前、所属の事業所名と電話番号、負担割合、最新の介護認定とその期間などについて記入してください。なお、申込者がケアマネジャーの場合、最下段の「申込者」の欄への記入だけでも結構です。

＊ 主訴もしくは依頼理由

該当する項目に○印をつけてください。また、ご本人、ご家族、申込者から特に希望などがある場合は記載してください。

＊ 通院困難の理由

該当する項目に○印をつけて下さい。**医療保険のレセプトに記載する必要があります**ので必ず記入してください。

＊ 身体状態等

訪問歯科診療を実施する上で最低限知っておきたい情報ですのでご記入をお願いいたします。また、これ以外にも特に注意しなければならないような事柄がありましたら記入して下さい。

＊ 障害高齢者の日常生活自立度

＊ 認知症高齢者の日常生活自立度

あてはまるところに○印をつけてください。

＊ HDS－R

実施されている場合は点数と実施日を記入して下さい。

＊ 感染症の有無

＊ アレルギー

情報がありましたら記入してください。

＊ 主治医

複数の主治医の先生がおられる場合はわかる範囲で記入してください。なお、処置の内容によっては、主治医の先生に直接病状照会をさせていただくことがあります。主治医の先生に訪問歯科診療を開始する旨をご連絡いただければ幸いです。

＊ 院外処方薬局

薬剤師の訪問がある場合は必ず記入して下さい。

＊ 訪問看護ステーション

訪問看護ステーションをご利用の場合は必ず記入して下さい。

＊ 口腔の状態

口腔機能の状態（歯磨き、ぶくぶくうがい、飲水、経口摂取）などについておわかりなる範囲で○印をつけてください。また、特にお気づきのことがありましたら「その他」に記入してください。

＊ 訪問不可能な曜日・時間　など

サービスの利用などで**訪問を避けてほしい曜日**がありましたら○印をつけ、具体的に時間などを記入してください。なお、可能なら「週間サービス計画表」を添付してください。

＊ その他特記事項

特に伝えておきたいこと等が他にありましたらご記入ください。

＊ 申込者

この「訪問歯科診療　申込書」を記入していただいた方の情報を記入してください。訪問診療の報告等を送付したり、追加情報の提供をお願いすることがありますので、連絡先のお電話番号とＦＡＸの番号は必ずご記入ください。

＊ 追記（おことわり）

処置の内容（抜歯などの外科処置、多数の歯を削ったりする処置　など）や、患者様（利用者様）の状況（全身疾患や、居室内での状況など）によっては、訪問での治療ができない場合がありますので、予めご了承ください。

「訪問歯科診療　申込書」に記載していただいた情報は、訪問歯科診療及び訪問口腔衛生指導以外には使用いたしませんが、担当する歯科衛生士にはこの「申込書」及び付随して提供していただいた情報等を必要に応じて提供することがあります。

また、今後、京都市中京歯科医師会が行う地域医療、地域口腔保健事業などの企画立案の資料とさせていただくことがあります（個人が特定されるようなことはありません）。

Ⅲ.（参考）訪問歯科診療にかかる費用について

訪問歯科診療を受けられることにより必要となる費用の概要です。

① 医療保険（後期高齢者、社会保険、国民健康保険など）

★ 1割負担として（2割負担の場合は約2倍、3割負担の場合や約3倍必要となります）の金額。

- 医院に来院していただく時にかかる費用に「訪問診療料」等が加算されます。
  → 1000円～1500円程度（原則1日1回のみ）
- 処置の内容により、診療室で受けられる際の費用より若干高くなるものがあります。
  →（例） 抜歯、「根」の治療 等
- 総入れ歯を作った場合は、上下どちらか片方で約3000円が必要となります。部分入れ歯の場合は大きさや設計などにより金額が変わりますので事前におたずね下さい。
- 夜間、休日の緊急の訪問は費用が高くなることがあります。
- 種々の公費負担制度の適応を受けておられる場合は、診療費が減免になる場合があります。
- 「重障老人健康管理事業」の適応を受けておられる場合は、医療保険の負担分は不要になります。

② 介護保険

★ 「居宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホームなどを含む）にあって要介護・要支援の認定を受けている場合は、医療保険にある指導料、管理料などは介護保険の『居宅療養管理指導』で算定、請求する」という原則があります。ただし、「居宅療養管理指導」は給付管理外となるため、ケアプランに加えていただくことが望ましいですが他のサービスの提供量に影響はしません。

★ 1割負担（2割負担の場合は約2倍、3割負担の場合や約3倍必要となります）としての金額。

- 「居宅療養管理指導」（1回につき）
  - ・歯科医師・・・・・516円（月2回まで）
  - ・歯科衛生士・・・361円（月4回まで）
  - 「同一建物居住者」の場合は若干金額が下がります。

ケアマネジャーの皆様にお願い！

★ 新規の利用者様の担当になられた時に歯科受診を勧めてください

- ご本人、ご家族が気づいていないトラブルがあることがあります。
- 介助して通院が可能ならば訪問より安全に治療ができます。
- 訪問より通院の方が治療費が安くて済みます。

★ 利用者様が退院されるときにカンファレンスで口腔内の状況を確認してください

- 入院中の口腔内の状況
  義歯の使用の有無
  ご本人の訴え など
- 入院中の口腔ケアの状況
- 入院中、退院時のお食事の状態 等

→ **今後口腔内で起こるだろう変化を予測してください**