

## 訪問歯科診療について

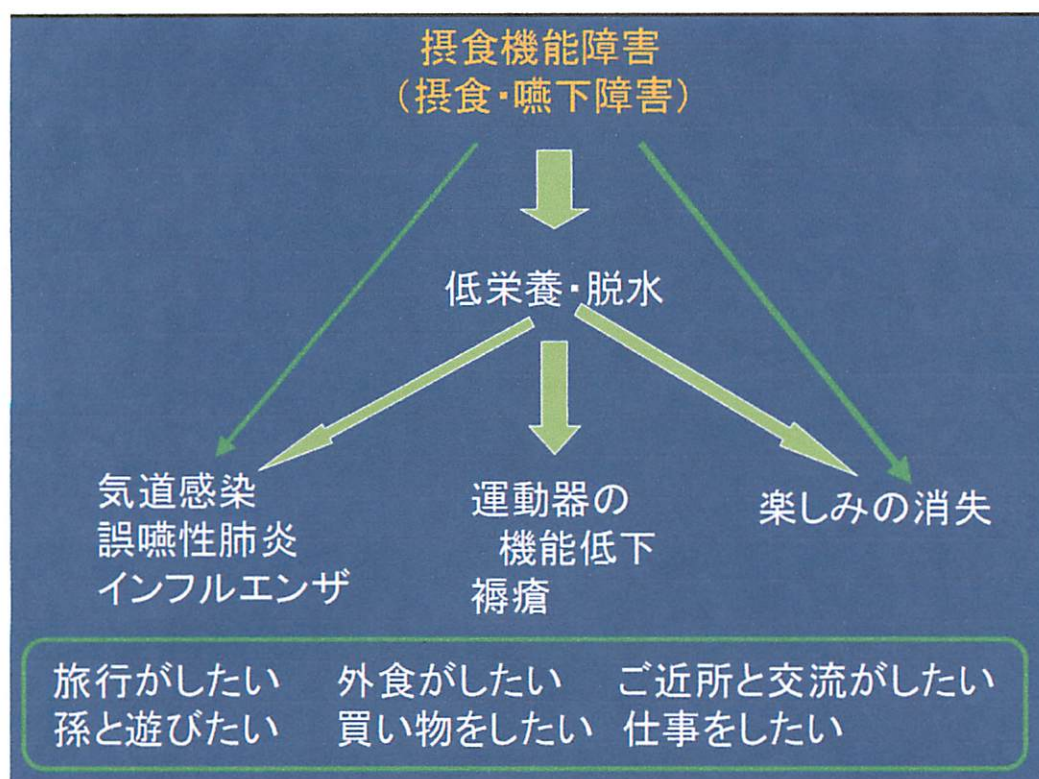
自宅や施設・病院において、歯科診療が必要な方のために歯科医師や歯科衛生士が訪問して治療や口腔ケアを行います。

在宅の要介護者は口腔機能を維持向上することで要介護状態の悪化を防ぎ、生活の質の向上が得られます。安全な歯科診療を提供するために、かかりつけ医との連携の下、訪問歯科診療を行うとともに口腔機能の現状や治療方針を関係者が確認できるような環境を整備しています。

**対象者**：在宅等において療養を行い、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な方

**費用**：健康保険と認定されていれば介護保険（居宅療養管理指導費のみ）の自己負担分  
交通費（ガソリン代程度の実費、市内では200円程度）

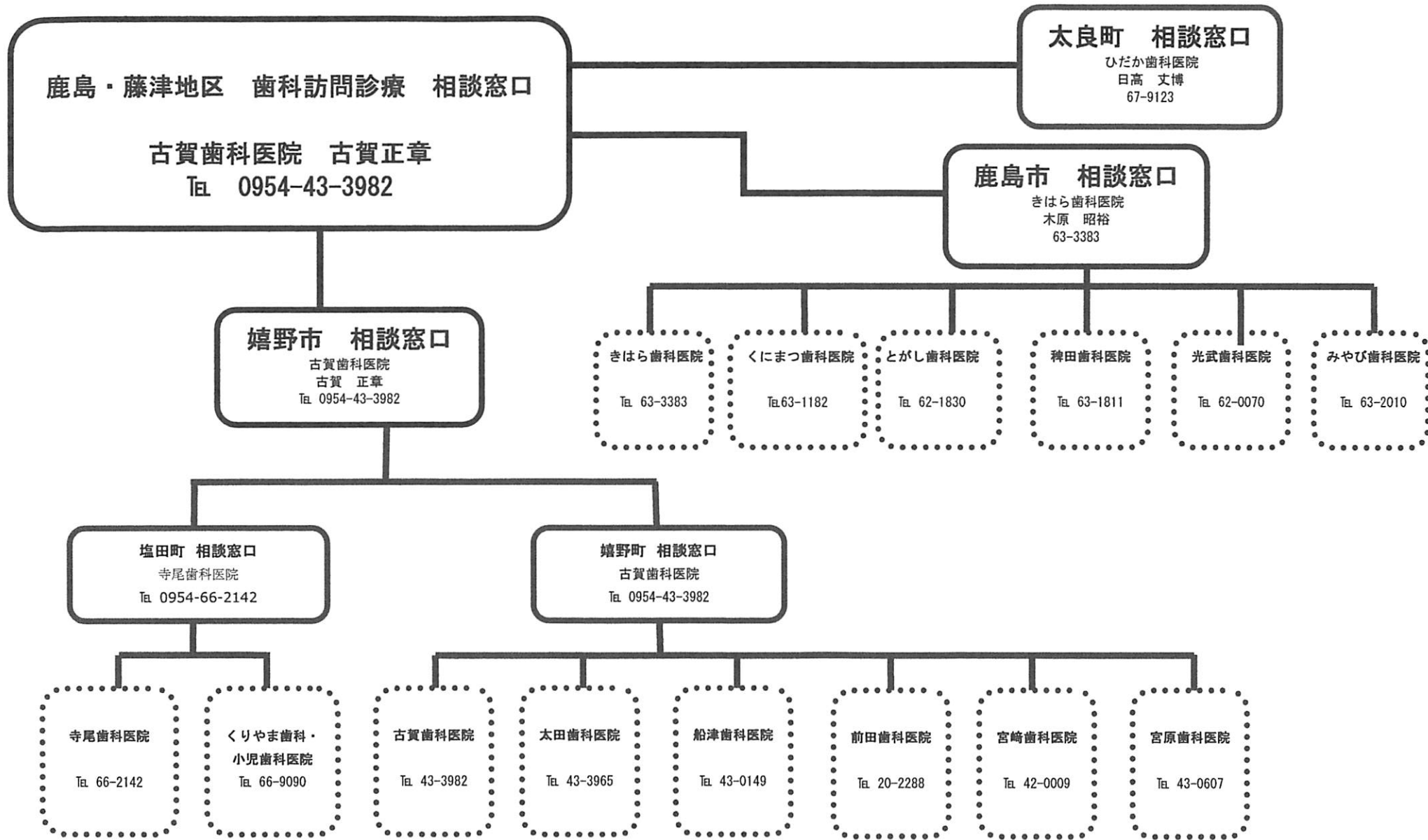
**申込み方法**：患者のかかりつけ歯科医師のいる時はかかりつけ歯科医師に連絡してください。  
かかりつけ歯科医師以外を希望した場合や、かかりつけがない場合は各地区に相談窓口がありますので電話してください（2,3ページ参照）。できれば（様式1）訪問歯科診療のための情報提供承諾書に記入してFaxしてください。



鹿島・嬉野・太良 訪問診療対応 歯科医院一覧

	歯科医院名	歯科医師	郵便番号	住 所	電話番号 (市外局番0954)	FAX (市外局番0954)	訪問診療	口腔ケア
鹿島市	きはら歯科医院	木原昭裕	849-1311	鹿島市大字高津原4241-5	63-3383	63-3176	○	○
	くにまつ歯科医院	國松 秀俊	849-1322	鹿島市浜町359	63-1182	69-0313	○	○
	とがし歯科医院	富樫 宏明	849-1312	鹿島市納富分2919-9	62-1830	62-1835	○	○
	稗田歯科医院	稗田 照雄	849-1311	鹿島市大字高津原4045-6	63-1811	63-2861		○
	光武歯科医院	光武 正彦	849-1312	鹿島市大字納富分甲138-1	62-0070	62-0071	○	○
嬉野町	古賀歯科医院	古賀 正章	843-0301	嬉野町大字下宿甲3188	43-3982	43-0171	○	○
	太田歯科医院	太田 嘉住子	843-0304	嬉野町大字岩屋川内甲77-1	43-3965	42-1163	○	○
	船津歯科医院	船津 光弘	843-0301	嬉野町大字下宿乙2202-39	43-0149	43-0150	○	○
	前田歯科医院	前田 修	843-0301	嬉野町大字下宿字三本杉甲4271-2	20-2288	20-2330	○	○
	宮崎歯科医院	宮崎徳八朗	843-0305	嬉野町大字不動山甲13-3	42-0009	42-0010	○	○
	宮原歯科医院	宮原 昭	843-0301	嬉野町大字下宿乙2173	43-0607	43-0843	○	○
塩田町	くりやま歯科・小児 歯科医院	栗山 和久	849-1425	塩田町大字五町田甲1837-1	66-9090	66-9088	○	○
	寺尾歯科医院	寺尾 隆治	849-1411	塩田町大字馬場下甲50-3	66-2142	66-5422	○	○
太良町	ひだか歯科	日高 丈博	849-1602	太良町大字多良1-19	67-9123	67-9128	○	○

# 鹿島・藤津地区 訪問歯科診療



(様式1)

訪問歯科診療のための情報提供承諾書

しめい 氏名	男 女	生年月日 (年齢)	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話番号	

上記の者の訪問歯科診療及び口腔ケアを希望します。  
 訪問歯科診療を安全に行うために、上記の者に関する医療情報を、「診療情報提供書」  
 (様式2)により、主治医から訪問歯科診療担当医師に提供されることを承諾します。  
 なお、訪問歯科診療が行われるまでの連絡調整については、下記の者に一任します。

所属		職種	
氏名		連絡先	

また、訪問歯科診療を受けようとする者の状態は以下のとおりです。

要介護状態 区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	認知度	問題ない・やや不自由・問題あり
障害者手帳 の有無	身体障害者手帳 : 有 ( 級 ) ・ 無 療育手帳 : A ・ B ・ 無		
可能な姿勢	椅子に座る ・ 車いすに座る ・ ベッドを起こして座る ・ 寝たまま		
意思の疎通	問題ない ・ ある程度通じる ・ ほとんど通じない ・ その他 ( )		
食事の形状	普通食 ・ きざみ食 ・ 流動食 ・ 経管栄養 ・ その他 ( )		
気になる ところ	歯 ・ 歯ぐき ・ 入れ歯 ・ 口臭 その他 ( )		
かかりつけ 歯科医	・あり ( ) ・なし	希望する 歯科医院	・希望有 ( ) ・歯科医師会に一任する
治療中の 病名		医科の 主治医	病院名： 主治医名：
その他 特記事項			

平成 年 月 日

医療提供承諾者 氏名 ( 続柄 )  
電話番号