

歯科医師が往診致します

対象者：原則として、要介護状態のため、歯科医院に通院困難な方

費用：医療保険・介護保険の自己負担額をお支払いいただきます。

ただし、歯科医師の交通費が加算される場合があります。

申込み方法

- ①かかりつけ歯科医院または希望の歯科医院を訪問歯科診療対応医院名簿を参考にお選び下さい。
- ②訪問歯科診療の派遣依頼書（様式1）を、かかりつけ歯科医院または希望の歯科医院あてに直接FAX送信して下さい。もしくは、電話でご連絡下さい。
- ③派遣依頼書の確認後、歯科医院より折り返しご連絡差し上げ、訪問日時を決定致します。

★かかりつけ歯科医院、希望の歯科医院がわからない場合は、下記担当窓口までご連絡下さい。
その他、訪問診療に関することでわからないこと、お困りのことがございましたら、下記担当窓口までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先（訪問歯科診療担当窓口）

武雄杵島地区歯科医師会地域福祉委員 松尾謙一郎（松尾歯科矯正歯科）
武雄市武雄町昭和4-11 TEL：0954-23-4820



武雄杵島地区訪問歯科診療対応医院名簿

医院名	電話番号	FAX番号	住所
【武雄市】			
池田歯科	0954-26-8400	0954-26-8411	武雄市武雄町武雄5896-2
きたむら歯科医院	0954-45-5265	0954-45-5330	武雄市山内町三間坂甲14024-1
久原歯科医院	0954-36-4369	0954-36-4369	武雄市北方町志久578-2
こうすけデンタルクリニック	0954-20-0060	0954-20-0061	武雄市武雄町武雄7311-1
庄野歯科医院	0954-22-2566	0954-22-2788	武雄市武雄町松原7820
陣内歯科医院	0954-36-5456	0954-36-5456	武雄市北方町志久5824-2
寺尾歯科医院	0954-23-7500	0954-23-5109	武雄市武雄町昭和23-5
中尾歯科医院	0954-22-2328	0954-22-2328	武雄市武雄町川良8965-28
のだ歯科医院	0954-20-0085	0954-20-0302	武雄市武雄町下西山5967-1
広瀬歯科医院	0954-23-1716	0954-23-1720	武雄市朝日町高橋1544-2
ひろせ歯科北方診療所	0954-36-5277	0954-36-5840	武雄市北方町志久1931-6
ふるの歯科医院	0954-45-5188	0954-45-5187	武雄市山内町大字鳥海9082-1
まつうら歯科クリニック	0954-45-5000	0954-45-3587	武雄市山内町大野7285-1
松尾歯科	0954-23-4820	0954-23-4863	武雄市武雄町昭和4-11
諸隈歯科医院	0954-22-2222	0954-22-2222	武雄市武雄町本町7256
山口亨歯科医院	0954-22-3445	0954-22-3445	武雄市武雄町永島15348
吉村歯科医院	0954-23-0167	0954-23-0167	武雄市武雄町武雄5596-1
【大町町】			
小笠原歯科医院	0952-82-2321	0952-82-6169	杵島郡大町町大字大町8870-10
小川内歯科医院	0952-82-5557	0952-28-3839	杵島郡大町町大字大町福母295-6
岸川歯科医院	0952-82-2028	0952-82-2148	杵島郡大町町大字大町福母403-1
【江北町】			
小柳歯科医院	0952-86-2574	0952-86-2574	杵島郡江北町大字惣領分1898
はらだ歯科医院	0952-71-6011	0952-71-6012	杵島郡江北町大字山口3061-4
【白石町】			
犬塚歯科医院	0954-65-2011	0954-65-2011	杵島郡白石町大字戸ヶ里2863
京子歯科クリニック	0952-74-5520	0952-74-5506	杵島郡白石町大字福田2263-16
久野歯科クリニック	0954-65-2120	0954-65-3947	杵島郡白石町大字戸ヶ里2426-1
久原歯科医院	0952-87-2148	0952-87-3885	杵島郡白石町大字福富1225
前山歯科クリニック	0952-84-6161	0952-84-5470	杵島郡白石町大字遠江289-14
まつお歯科医院	0952-87-3223	0952-87-3929	杵島郡白石町大字福富下分2827-37
松田歯科クリニック	0952-71-7108	0952-71-7107	杵島郡白石町大字福富191-19

(様式1)

訪問歯科診療の派遣依頼書

(武雄杵島地区歯科医師会)

①依頼者(患者様)の名前・生年月日・年齢・性別

_____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 (男・女)

ご住所 : _____

ご連絡先 : _____

*ご住所とご連絡先は必ずご記入下さい。

②病棟・病室・個室 _____ 棟 _____ 室

③主訴

.....

④現病歴(全身の)

.....

⑤現在服用している薬は何かありますか?

.....

⑥今回の歯科治療についてのご希望や、歯科医師に伝えたいことがありましたら、

ご記入下さい。

.....

*依頼の際は、必ずこの依頼書と受診される方の保険証コピーを、次回訪問前日までにご希望の歯科医院(別紙対応
医院名簿参照)までにFAXをお願い致します。

*ご記入は、できるだけケアマネジャー・看護師・介護スタッフをお願い致します。

*病歴・服用剤はコピーの添付でもかまいません。

作成日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成者氏名 : _____ (ケアマネジャー・看護師・介護スタッフ・その他)

ご連絡先 : _____

☆この派遣依頼書によって得た個人情報は、治療・口腔ケア以外の目的では使用致しません。