

## 訪問診療の流れ

ご希望の方は  
無料検診から  
承ります

### お申し込み

お電話・FAXにてお問い合わせください。

 **0120-439-339**

 **045-531-4991**



### 訪問日時の決定

お電話でご予定をお伺いし、  
ご希望の場所まで伺います。



### 訪問当日(治療開始)

患者様の楽な姿勢で、  
最適な治療を行います。  
訪問診療用治療器具で院内と  
同等の治療を受けていただけます。



### 治療終了

万全の状態を維持できるよう  
計画を立て、患者様のサポートを  
していきます。



### 定期メンテナンス

お口の汚れをきれいにしていきます。  
治療の終了された方も、定期的な  
口腔ケアで、誤嚥性肺炎の  
予防をしましょう。



## 訪問範囲

当院より半径16km圏内で訪問診療を行っています



### 訪問時間

月～土(日曜・祝日は休診) / 10:00～18:00

※緊急の場合は随時対応させていただきます



医療法人社団 清美会

しみず し か い いん  
清水歯科医院

〒222-0037

神奈川県横浜市港北区大倉山3-2-33 大倉屋ビル2F

ご予約・お問い合わせ

 **0120-439-339**

 **045-531-4991**

歩行が困難、お身体が不自由などで  
歯科医院への通院ができない方へ

## 訪問歯科診療

### のご案内



医療法人社団 清美会

しみず し か い いん

清水歯科医院



 **0120-439-339**



## 訪問歯科診療の費用について

基本費用は**保険診療**となります

医療保険に加え  
介護保険も適用されます



医療  
保険



介護  
保険

### 健康保険

一般の医療保険の一部負担金と同じ取り扱いになります。

### 後期高齢者

医療費の1割（または3割）が一部負担金となります。

### 障がい者手帳をお持ちの方

各市町村の減免と同じ取り扱いになります。



### 介護保険

在宅の場合は居宅医療管理指導費が介護保険の適用となります。

- 介護保険が適用されますが、ケアプランの対象となる限度額の「枠外」になります。
- 他の医療費も含めて、医療費控除対象となります。
- 交通費および出張費等の費用は一切いただきません。

当院は .....

**神奈川県摂食・嚥下障害**

**歯科医療相談医** が在籍しております



しみず し か い いん

# 清水歯科医院の訪問歯科診療

入れ歯の製作・修理



歯周病治療



むし歯治療



抜 歯



口腔ケア



口腔リハビリ



診 療



治療は患者様の楽な姿勢で、行います。  
訪問診療用治療器具で院内と同等の治療を受けていただけます。

口腔ケア・リハビリ



担当の歯科衛生士がケア・リハビリを行います。

摂食嚥下障害・内視鏡検査



内視鏡

嚥下障害が疑われる方には、機能評価検査を行っています。  
その結果に基づき、日常生活の留意点やリハビリメニューをご提案します。

ご自宅・施設等においても、  
患者様の状態に合わせた診療が  
できるよう準備しております。



ポータブルユニット



ポータブルレントゲン



# <<清水歯科医院往診申込書>>

お申し込み日 年 月 日 時

|    |           |
|----|-----------|
| 種別 | 無料検診 ・ 治療 |
|----|-----------|

|               |                                                                                                                                  |       |                                                                      |          |       |          |     |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|----------|-------|----------|-----|
| 患者様氏名         |                                                                                                                                  |       |                                                                      |          |       | 性別       | 男・女 |
| 生年月日          | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 歳                                                                                                             |       |                                                                      |          |       |          |     |
| ご住所           |                                                                                                                                  |       |                                                                      |          |       |          |     |
| 電話番号          |                                                                                                                                  |       |                                                                      |          | 介護保険  | 有( ) ・ 無 |     |
| 緊急連絡先         | 氏名 電話番号                                                                                                                          |       |                                                                      |          | 続柄    |          |     |
| 保険証           | 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他( )                                                                                                         |       |                                                                      |          |       |          |     |
| (現在および過去の)ご病気 | 有・無                                                                                                                              |       | 心臓 ・ 肝臓(A型・B型・C型) ・ 糖尿(インシュリン有・無) ・ 腎臓 ・ 心筋梗塞<br>認知症(重度 軽度) ・ その他( ) |          |       |          |     |
| 通院困難な理由       | 脳疾患(脳梗塞(右・左) ・ 脳卒中 ・ 脳溢血) ・ 骨折(腰椎 ・ 大腿骨 ・ 膝関節)<br>変形症(腰椎症 ・ 関節症 ・ 膝関節症) ・ 関節リウマチ(上肢・下肢)機能全廃<br>筋萎縮性 ・ パーキンソン脊髄損傷 ・ 悪性腫瘍 ・ その他( ) |       |                                                                      |          |       |          |     |
| お口の状態         | 総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯                                                                                                                |       |                                                                      | 痛み 有 ・ 無 |       |          |     |
| ご都合の悪い日       | 月曜日                                                                                                                              | 火曜日   | 水曜日                                                                  | 木曜日      | 金曜日   | 土曜日      |     |
| 時間            | 午前・午後                                                                                                                            | 午前・午後 | 午前・午後                                                                | 午前・午後    | 午前・午後 | 午前・午後    |     |
| 理由            |                                                                                                                                  |       |                                                                      |          |       |          |     |
| 備考欄(主訴)       |                                                                                                                                  |       |                                                                      |          |       |          |     |
| 担当ケアマネジャー     | 事業所名<br>様 TEL ( ) FAX ( )                                                                                                        |       |                                                                      |          |       |          |     |
| 御依頼者名         | 事業所名( )紹介者名( )様<br>在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護St・病院                                                                           |       |                                                                      |          |       |          |     |
| 電話番号・FAX      | — — FAX — —                                                                                                                      |       |                                                                      |          |       |          |     |

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにて御送信お願い致します。  
(病歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。)

電話番号: 045-543-9736

FAX番号: 045-531-4991

患者様氏名につきましては、初めの一文字だけ記入し、残りの文字は文字数分をX で表記願います。  
(デンタル太郎の場合 ⇒ デンXX X郎)