



歯列育成クリニック

医療法人社団 百瀬歯科医院



お子様の訪問診療、在宅歯科診療

当院の診療方針



当院は国立成育医療研究センターと連携を取り、常に安全に配慮し、障がいをおもちのお子さんの歯科診療を行っています。

また、障がいにより通院が困難なお子さんにも、当院の診療を受けて頂きたいと考えております。

世田谷区砧・成城地域とその近辺のお宅に訪問いたします。

ご希望の方は下記の間診票をご記入いただき、お電話もしくはFAXにてご連絡ください。



お申し込み日 年 月 日 / 初回訪問予定 年 月 日 :

ふりがな						
氏名				性別	男 ・ 女	
生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日		才 月		
ご住所 <small>*建物名の詳細までお願いします</small>		〒 -		駐車場	無 ・ 有	
電話番号		- -		保険証	無 ・ 生保 ・ 有	
医療証				無 ・ 有		
手帳の有無		無 ・ 有		障がい者手帳 () 級 ・ 愛の手帳 () 度 ・ その他 ()		
主なご病気 (複数回答可)		肝臓/心臓/腎臓/呼吸器系/甲状腺/血液疾患/高血圧/川崎病/糖尿病/悪性腫瘍 ウイルス性肝炎/梅毒/AIDS/喘息/アトピー/てんかん/扁桃とアデノイド/脳性麻痺 自閉症スペクトラム/ダウン症/その他遺伝子疾患(具体的に _____) その他 ()				
受診希望理由	<input type="checkbox"/> 検診・メンテナンス	全身状況	生活の自立	自立 ・ 半介助 ・ 全介助		
	<input type="checkbox"/> 歯が揺れている		摂食の自立	自立 ・ 半介助 ・ 全介助 (経口・経管・胃ろう)		
<input type="checkbox"/> 歯肉の異常		意思表示	発語あり・言語以外の意思表示可能・困難			
<input type="checkbox"/> むし歯		理解力	有 ・ 少し有 ・ 困難			
<input type="checkbox"/> お食事		粗大運動	寝たまま ・ 首すわり有 ・ おすわり可 ・ つかまり立ち可 ・ 介助歩行可 ・ 独歩可			
<input type="checkbox"/> その他		呼吸状況	自発呼吸 (酸素吸入 : 有 ・ 無) ・ 人工呼吸			
ご依頼者様名		氏名 ()		TEL	- -	
		本人との関係 ()		FAX	- -	
この度の紹介者		無 ・ 有		ご紹介者 ()	紹介状の有無	
					無 ・ 有	
かかりつけ歯科		無 ・ 有 (歯科医療機関名 :)				
※歯科訪問以外のかかりつけ歯科がない場合、医科病院附属の歯科や専門歯科をご紹介させて頂く場合がございます。						
主たる医科の医療機関		病院名 ()		診療科目 ()		
		担当医氏名 ()		先生)		
※歯科訪問診療の初診日,又は2回目訪問時まで,主たる医科医療機関からの「診療情報提供書」をご用意頂きますよう,ご協力の程よろしくお願ひ申し上げます。ご無理な場合やご不明な点がある場合は,下記「歯科訪問診療初診受付」までお問合せ下さい。						
ご希望曜日		月曜	火曜	水曜	木曜	
(複数回答可)		午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	
特記事項						

※ ご提供いただいた個人情報は歯科診療上においてのみ使用し、それ以外の目的において使用する事はございません。

TEL ☎ (訪問診療初診受付) 070-6557-6518 | TEL ☎ (予約変更等の受付) 03-3416-0988

《百瀬歯科医院 在宅診療部》

《百瀬歯科医院 歯列育成クリニック》