

訪問歯科診療問診表(病院・施設版)

令和 年 月 日

フリガナ		部屋番号	男	生年	大正・昭和
お名前			女	月日	年 月 日(歳)

該当する項目に☑または○をつけてください。

当院を選んだ理由	・ 紹介(知人・親族; 様) ・ 近所(自宅・病院・施設) ・ 当院の受診歴がある ・ その他()
ご依頼内容は何ですか? (現在気になっているお口の症状)	・ 痛い ・ 欠けた ・ 脱離(脱離物あり・なし) ・ むし歯 ・ 傷がある ・ 入れ歯の(作製・調整・修理) ・ 歯がある 具体的に症状を記載いただけると助かります。 ()
主訴の部位はどこですか?	【口 腔 内】 □右上奥 □上前歯 □左上奥 □右下奥 □下前歯 □左下奥 【口腔周囲】 □頬 □舌 □唇 □顔 □その他() 【入 れ 歯】 (上顎 ・ 下顎) の (部分義歯 ・ 総義歯)
観血的処置を行う場合の確認事項 ※“動揺歯がある”に☑場合は抜歯の可能性が高いので、観血的処置の許可を主治医に予め とって頂いた方がスムーズです。	① 抗血栓薬の使用 □なし □あり ② 骨吸収抑制薬(BP 製剤等)の使用 □なし □あり ③ 糖尿病の有無 □なし □あり ④ 主治医より観血的処置の許可 □あり □なし
服用しているお薬名を教えてください。	
基礎疾患はありますか?	・ (アルツハイマー型・レビー小体型・脳血管型・前頭側頭型)認知症 ・ パーキンソン病 ・ 脳血管障害(麻痺あり・麻痺なし) ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心不全 ・ 不整脈 ・ 虚血性心疾患 ・ てんかん ・ 甲状腺機能(低下・亢進)症 ・ 喘息 ・ 副腎皮質機能不全 ・ 弁膜症 ・ 人工弁置換術 ・ 心房中隔欠損症 ・ 関節リウマチ ・ その他()
感染症はありますか?	□いいえ □はい(HBV ・ HCV ・ HIV ・ 梅毒)
アレルギーはありますか?	・ いいえ ・ はい()

小山歯科クリニック TEL:0869-26-6828 FAX:0869-26-6829

〒701-4276 岡山県瀬戸内市長船町服部 202-24

担当のケアマネジャーは いらっしゃいますか？	・ いいえ ・ はい (事業所名 ; お名前 ; 電話番号 ; F A X ;)	
患者様のご都合 (デイサービスや訪問看護の 時間など)	月曜日	
	火曜日	
	水曜日	
	木曜日	
	金曜日	
	土曜日	

保険証情報		公費		介護保険	
有効期限	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	被保険者番号	
被保険記号		取得年月日	令和 年 月 日	負担割合	1・2・3 割負担
被保険番号		割合負担	1・2・3 割負担	開始年月日	令和 年 月 日
枝番		上限	円	終了年月日	令和 年 月 日
取得年月日	令和 年 月 日	負担番号		保険者番号	
保険者番号		受給番号			

小山歯科クリニック TEL:0869-26-6828 FAX:0869-26-6829

〒701-4276 岡山県瀬戸内市長船町服部 202-24

訪問歯科診療支払いに関する説明書 兼 同意書(病院・施設版)

令和 年 月 日

フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日(歳)	

【自己負担額支払いについて】

訪問歯科診療にかかるご負担額につきましては、診療月ごとにおまとめしてご請求させていただきます。月初から月末までにかかった医療費を合算し、翌月 10 日以降に請求書を郵送いたします。お支払い期日も記載しておりますので、期限内にお支払いをお願いいたします。万一期限を過ぎる場合は、事前にご一報いただけますと幸いです。

なお当院から請求額のご案内前にご来院いただいた場合、会計処理ができかねますので、あらかじめご了承ください。

当院での支払い方法は 2 種類あります。下記のいずれかの方法を選択し、チェックしてください。

☐支払い方法①：当院にご家族がご来院いただき、受付にて直接お支払い

- ・請求処理上、来院日を事前にお電話にて教えていただけると当院での待ち時間が軽減できます。

☐支払い方法②：当院ゆうちょ銀行の口座に、振込にてお支払い

- ・負担額請求書が郵送で届きましたら、記載されている口座に振り込みの手続きをお願いします。
振込手数料は自己負担でお願いします。
- ・領収書が必要な方はメールでお送りいたしますので、下記にメールアドレスをご記載下さい。

※注意事項：振込の際、備考欄に患者様の氏名を入力してください。

(経理処理上、振込者名と患者名が異なるとエラーが起きてしまいます。)

☐保険負担額・交通費支払いについての説明を受け、今後の支払いを行うことに同意します。

令和 年 月 日

申込者氏名(キーパーソン)： (続柄：)

〒

住所： 電話：

メールアドレス：

小山歯科クリニック TEL:0869-26-6828 FAX:0869-26-6829

〒701-4276 岡山県瀬戸内市長船町服部 202-24