

在宅訪問歯科健診・診療事業とは

広島市からの委託を受けた
広島市歯科医療福祉対策協議会
が実施する事業です



【対象者】

- ◆ **広島市**に居住地を有し、**在宅で寝たきり状態**にあるため歯科医院に通院できない者
(在宅の**障害者(児)**も含む)
- ◆ **本人又は家族から**訪問歯科健康診査の**依頼があった者**

【実施者】

- ◆ 広島市歯科医療福祉対策協議会の会員のうち、**協力歯科医として登録している者が健診及び診療の全て**を実施する

【目的】

- ◆ 通院困難な在宅寝たきりの者に対し、歯科医師による訪問歯科**健康診査**を行うとともに、必要かつ可能な者については、訪問歯科**診療**の実施を**支援促進**する

※ 広島市歯科医療福祉対策協議会から
ポータブルユニットの貸出が可能

- ◆ 口腔の健康と咀嚼機能を改善させることにより、全身の健康の保持増進を図る

【 広島市歯科医療福祉対策協議会（事務局）に 】

訪問の依頼があった場合

在宅寝たきり者・家族・ヘルパー・在宅主治医 等

依頼書

(資料 1)

※ 患者の押印しないで
FAX送信



広島市歯科医療福祉対策協議会（事務局）

協議会から協力歯科医へ

- ・ 在宅訪問歯科健診の協力依頼
- ・ 承諾後に必要書類一式（資料 1～5）を郵送

依頼書

(資料 1)

在宅寝たきり者・家族

※患者の押印が必須

協力歯科医

病状照会書 (資料 3)

病状回答書 (資料 4)

主治医

必要に応じて主治医に病状照会（資料 3、4）
1人につき1回限り 2700円

訪問歯科健診の実施
(必要があれば診療へ移行)

健診実施後、協力歯科医から協議会へ

- ・ 依頼書（資料 1）及び報告書（資料 2）を速やかに郵送

協力歯科医から協議会へ

- ・ 健診・診療実施回数の報告

〔 健診及び診療の全実施回数を協議会から送付される資料 6 にて 1 年度中に報告する 〕

報告書

(資料 2)

広島市歯科医療福祉対策協議会（事務局）



【 協力歯科医に直接
訪問の依頼があった場合 】

在宅寝たきり者・家族・ヘルパー・在宅主治医 等



訪問歯科診療の依頼



協力歯科医



→ 協力歯科医から協議会へ
・ 依頼があったことを電話等にて報告

広島市歯科医療福祉対策協議会（事務局）

← 協議会から協力歯科医へ
・ 必要書類一式（資料1～5）を郵送

依頼書
（資料1）

在宅寝たきり者・家族
※患者の押印が必須

病状照会書（資料3）

病状回答書（資料4）

主治医

必要に応じて主治医に病状照会（資料3、4）
1人につき1回限り 2700円

訪問歯科健診の実施
（必要があれば診療へ移行）



報告書
（資料2）

健診実施後、協力歯科医から協議会へ
・ 依頼書（資料1）及び報告書（資料2）を
速やかに郵送

協力歯科医から協議会へ
・ 健診・診療実施回数の報告
〔 健診及び診療の全実施回数を協議会から
送付される資料6にて1年度中に報告する 〕

広島市歯科医療福祉対策協議会（事務局）

在宅訪問歯科健康診査依頼書

資料 1

広島市歯科医療福祉対策協議会 会長 様

下記の者の訪問歯科健康診査を依頼します。

広島市長
(公印省略)

- 【記入要領】
- ・枠内を記入して下さい。
 - ・口部は、該当するものに✓を記入して下さい。
 - ・受診者氏名は、受診者本人又はご家族の方が記名・押印してください。
 - ・押印がないものは無効になる場合があります。※

《個人情報の取扱いについて》

訪問歯科診療の充実を図るため、ご記入いただきました 内容および健診結果につきましては、ケアマネジャー等の関連職種と情報共有をさせていただきますが、それ以外の 目的で使用することはありませんので、あらかじめご了承ください。

申込年月日 平成 年 月 日

申込者	ふりがな氏名	連絡先		☎ () -	
	住所	受診者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()	
受診者	ふりがな氏名	印 (男/女)	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> その他 → 広島市			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> その他 → ☎ () -		主な介護者(続柄)	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> その他()
受診者に関する情報	口腔症状(気になるところ)	<input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> その他 [具体的に]			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		現在の主たる病名:	
	介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		主治医	医療機関名: 医師名:
	訪問を希望する歯科医院	<input type="checkbox"/> あり(歯科医院名: 広島市 区 町) <input type="checkbox"/> なし			
	訪問歯科診療の受診歴	<input type="checkbox"/> あり(歯科医院名: 広島市 区 町) <input type="checkbox"/> なし			
	駐車場	<input type="checkbox"/> 近くに駐車可能 <input type="checkbox"/> やや離れているが駐車可能 <input type="checkbox"/> 駐車不可能			
	特記事項	例) 耳が聞こえにくい			
健康診査受諾医療機関	所在地 名称 管理者氏名				

患者の押印が必須

※申し込みは、必要事項を記入の上、下記へ郵送してください。ご不明な点がございましたらご連絡ください。

広島市歯科医療福祉対策協議会

〒732-0057 広島市東区二葉の里3丁目2-4

TEL 082-262-2662 (代) FAX 082-262-2668

A: 担当歯科医控

【訪問歯科健康診査】

※訪問歯科健康診査を行った場合は、2枚目は担当ケアマネジャー等やご本人、ご家族への情報提供にご活用いただき、3枚目は速やかに協議会事務局に提出してください。

訪問歯科健診実施年月日 平成 年 月 日 (時間 : ~ :)	担当診療所 所在地 名称 担当歯科医師氏名 電話番号 ()	印 3枚目に押印してください																																																
年度区分	(ふりがな) 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)																																																	
整理番号	受診者住所 広島市 電話番号 ()																																																	
口腔状況	口腔症状(主訴)																																																	
	上 ※口を正面から見た状態で表記しています。																																																	
	右	左																																																
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																			
	<p>【記入例】 健全歯: / 未処置歯: C 処置歯: O 欠損補綴歯: ⊕ 要補綴歯: △ 補綴不要欠損: × (健康) (う蝕治療が必要) (治療済) (義歯(ブリッジ)装着済) (義歯(ブリッジ)要装着) (義歯(ブリッジ)装着不要)</p> <p>◆ 未処置う蝕 ()本 ◆ 欠損補綴 完了(不要)・要治療</p> <p>◆ 口腔清掃状態 良好・普通・不良 (自立・一部介助・全介助)</p> <p>◆ 食事摂取 自立・見守り等・一部介助・全介助</p> <p>◆ 歯周疾患 なし・要指導・要治療</p> <p>◆ 軟組織疾患 なし・あり ()</p> <p>◆ その他の異常 なし・あり (嚥下障害・口腔乾燥・その他)</p>																																																	
健診結果	<p>1. 訪問診療が 必要 ・ 不要 2. 治療不能</p> <p>3. 移送治療が必要(移送医療機関名:)</p> <p>関連職種が理解できるように記入してください</p>																																																	

時間の記入が必須

関連職種や本人、家族等に情報提供を行なうこと

【訪問歯科診療】

※訪問歯科健康診査に引き続き訪問診療を行った場合(診療完了後、年度内に再開した場合も含む)は、その実施回数および訪問診療の状況を年度末に協議会に電話連絡して下さい。

広島市在宅訪問歯科健診・診療事業 病状照会書

年 月 日

担当主治医 _____ 先生御侍史

患者 _____ 様は、広島市在宅訪問歯科健診・診療事業
(住所 _____)

による在宅歯科診療を希望しています。

つきましては、診療方針の参考として本人の病状等について、別紙のとおり
ご教示いただきたくお願い致します。

在宅訪問診療 担当歯科医師

氏 名
住 所
電 話
F A X

連
絡
事
項

* お手数ですが、別紙の病状回答書1部を診療担当歯科医師あてに送付して下さい。また、1部先生の控えとし、残りの1部を広島市歯科医師会内広島市歯科医療福祉対策協議会（住所：広島市東区二葉の里3-2-4、TEL082-262-2662）までご送付お願い致します。

後日、広島市歯科医療福祉対策協議会より文書料をお支払い致します。

1人につき1回限り2700円

<例>

内科主治医と整形外科主治医に病状照会した場合、それぞれの主治医に後日文書料

広島市在宅訪問歯科健診・診療事業

病状回答書

A.主治医控え

年 月 日

在宅訪問歯科担当歯科医師

_____先生

医療機関住所

医師氏名

電話

ご照会がありました_____様の現時点の病状につきまして、
下記のとおり回答いたします。

1.病名

2.現病歴、合併症、全身状態

3.現在の治療状況（*投薬があればその内容を教えて下さい）

4.その他

〇〇〇〇歯科
〇〇〇〇先生

広島市歯科医療福祉対策協議会
会長 川原 正 照

在宅訪問歯科健康診査及び歯科診療について（ご依頼）

時下 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
平素は、本会事業に格別のご理解とご協力を賜りまして厚くお礼申し上げます。
ご依頼の下記書類を送付致しますのでよろしくお願い致します。

記

送付書類	在宅訪問歯科健診・診療業務依頼書（ ）部
	業務報告書（ ）部
	〃 病状照会書（ ）部
	〃 病状回答書（ ）部

本事業は、広島市からの委託事業であり、協力医名簿を提出しております。
行政からの委託金としての「健診料」は、その契約上、**本事業協力医として名簿登録された会員以外（勤務医、代診等）にはお支払できません。**
協力医以外の出務が判明した場合、後日返金を求められる場合もございます。
初診から全ての治療を協力医ご自身が行ってください。

<業務報告書について>

- ※ **実施時間の記入が必須**です。太枠内の項目をもれなくご記入下さい。
- ※ 訪問歯科健診を行った場合は、**2枚目は担当ケアマネジャー等やご本人、ご家族への情報提供にご活用いただき、3枚目は速やかに協議会事務局**に提出してください。
- ※ 訪問歯科健診に引き続き訪問診療を行った場合（一旦、診療が完了した後、年度内に再開した場合も含む）は、その実施回数および状況（継続・完了・中止理由）を協議会から郵送される**在宅訪問歯科健診・診療実施回数報告書**にご記入のうえ、協議会に郵送にてご報告ください。

〇〇〇〇歯科医院

〇〇〇〇 先生

広島市歯科医療福祉対策協議会

TEL (082)262-2662

FAX (082)262-2668

在宅訪問歯科健康診査及び歯科診療回数について（ご依頼）

平素は、当会の運営にご協力いただきましてありがとうございます。

今年度に在宅訪問歯科健診及び診療を実施した回数~~を~~をすべてご報告ください。

下記へご記入いただき、郵送にて〇月〇日（〇）までにご報告をお願い致します。

何卒、よろしくお願ひ申し上げます。

必要項目を記入して事務局に提出

患者名	往診回数 (4月～10月)	往診回数 (11月～3月)	3月末の状況	理由（中止の場合）
〇〇 〇〇	1		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇	5		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇	3		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇	7		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇	8		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇	7		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇	3		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇	3		継続・完了・中止	
〇〇 〇〇			継続・完了・中止	
〇〇 〇〇			継続・完了・中止	

在宅訪問歯科健診・診療事業運用の ※確認事項・変更点※

【訪問歯科健康診査】

実施回数は、一患者につき**年度内に1回**

【協力歯科医】

広島市歯科医療福祉対策協議会（広島市、安佐、佐伯、安芸の4地区歯科医師会で構成）の会員で、**協力歯科医として登録している者**

【依頼書の提出】

依頼書には**患者の押印が必須**。やむをえずヘルパーや主治医、協力歯科医等が依頼書を作成する場合においても、患者（もしくは患者家族）の了承と**押印が必須**である

【報告書の提出】

- 協力歯科医は、訪問歯科健康診査を行ったときはその度**報告書を協議会へ提出**する。また、年度末（件数が多い場合は半期ごと）には1年度中の**訪問歯科健診・診療実施した全ての回数等を報告**する
- 依頼書と報告書がセット**になる事が必要（どちらかが欠けると原則認めない）