# **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、**在宅で長期療養中**などの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】

◆ 在宅通院困難者に対し、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】

**在宅通院困難者・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）

⇄

**在宅通院困難者・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）



**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）**

# 【 協力歯科医に直接 訪問の依頼があった場合 】

**在宅通院困難者・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）

**在宅通院困難者・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）

# 依頼書と報告書がセットになることを原則とする

## 在宅訪問歯科健康診査依頼書

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。

【記入要領】・枠内を記入して下さい。
・□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。※

広島市長
（公印省略）

≪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 | □本人 □ケアマネジャー<br>□親族（続柄： ）<br>□その他（ ） |
| 受診者 | ふりがな 氏名 | 印 ※<br>（男・女） | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日（ 歳） |
| | 住所 | □申込者と同じ<br>□その他 → 広島市 | | |
| | 連絡先 | □申込者と同じ<br>□その他 →☎（ ） － | 主な介護者（続柄） | □申込者と同じ<br>□その他（ ） |
| 受診者に関する情報 | 口腔症状（気になるところ） | □入れ歯 □歯ぐき □歯 □その他<br>（具体的に） | | |
| | 要介護認定 | □あり □なし | 現在の主たる病名： | |
| | 介護度 | 要支援 1 2<br>要介護 1 2 3 4 5 | 主治医 | 医療機関名：<br>医師名： |
| | 訪問を希望する歯科医院 | □あり（歯科医院名： 広島市 区 町）<br>□なし | | |
| | 訪問歯科診療の受診歴 | □あり（歯科医院名： 広島市 区 町）<br>□なし | | |
| | 駐車場 | □近くに駐車可能 □やや離れているが駐車可能 □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<br>名称<br>管理者氏名 | | |

※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

＋

## 在宅訪問歯科健康診査報告書

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<br>平成 年 月 日<br>（時間 ： ～ ： ） | 担当診療所 所在地<br>名称<br>担当歯科医師氏名 印<br>※登録に押印してください<br>電話番号 （ ） － |
| 年度区分 年度<br>整理番号 | （ふりがな）<br>受診者氏名<br>生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）<br>受診者住所 広島市<br>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 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 左 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

下

【記入例】 健全歯：／（健康） 未処置歯：C（う蝕治療が必要） 処置歯：○（治療済） 欠損補綴歯：Ⓐ（義歯（ブリッジ）装着済） 要補綴歯：△（義歯（ブリッジ）要装着） 補綴不要欠損：×（義歯（ブリッジ）装着不要）

- ◆ 未処置う蝕（ ）本　◆ 欠損補綴 完了（不要）・要治療
- ◆ 口腔清掃状態 良好・普通・不良（自立・一部介助・全介助）
- ◆ 食事摂取 自立・見守り等・一部介助・全介助
- ◆ 歯周疾患 なし・要指導・要治療
- ◆ 軟組織疾患 なし・あり（ ）
- ◆ その他の異常 なし・あり（嚥下障害・口腔乾燥・その他 ）

健診結果

1. 訪問診療が 必要 ・ 不要　2. 治療不能
3. 移送治療が必要（移送医療機関名： ）

関連職種が理解できるように記入してください

【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ください。

# 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。

【記入要領】
・枠内を記入して下さい。
・□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。※

広島市長
（公印省略）

≪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

患者の押印が必須

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

※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

# 依頼書変更点のまとめ

旧

別紙１

在宅訪問歯科健康診査依頼書

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。
□部は、該当するものに✓を記入して下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申込年月日 | 平成　年　月　日 | | |
| 申込者 | ふりがな 氏名 | 連絡先 | ☎　－ |
| | 住所 | 受診対象者との関係 | |
| 受診対象者 | ふりがな 氏名 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　年　月　日（　歳） |
| | 男・女 | | |
| | 住所 | □ 申込者と同じ<br>□ その他 →広島市　区 | |
| | 連絡先 | □ 申込者と同じ<br>□ その他 → ☎　－ | 主な介護者（続柄） □ 申込者と同じ<br>□ その他（　） |

| | |
|---|---|
| 口腔の状況 | □ 入れ歯が合わない<br>□ 入れ歯を作りたい<br>□ 歯がぬけたまま<br>□ むし歯がある<br>□ 歯がグラグラする<br>□ 歯ぐきが痛い<br>□ その他<br>（　） |
| 現在の状況はどうですか | □ 痛みがある<br>□ はれている<br>□ 調子が悪い<br>（　） |
| 現在の症状はいつ頃からありますか | （　） |

| | |
|---|---|
| かかりつけ医（内科等）はありますか | □ はい（病院・医院名：　） □ いいえ |
| これまで訪問歯科健診を受けましたか | □ はい（担当歯科医名：　） □ いいえ |
| 訪問してほしい歯科医がありますか | □ はい（歯科医名：　） □ いいえ |
| 駐車できますか | □ 近くに駐車可能　□ やや離れているが駐車可能　□ 駐車できない |

【注】保健センターが本申込書を広島市歯科医療福祉対策協議会に送付するときは、対象者住所付近の地図のコピーを添付すること。

患者の押印を必須に変更

口腔だけではなく介護度などの状況把握できるように変更

新

在宅訪問歯科健康診査依頼書

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。

【記入要領】
・枠内を記入して下さい。
・□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署名・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。※

広島市長
（公印省略）

≪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、主治医、ケアマネジャー等の関連機関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 | □本人　□ケアマネジャー<br>□親族（続柄：　）<br>□その他（　） |
| 受診者 | ふりがな 氏名 | 印 ※ | 生年月日 |
| | （男・女） | | 明治・大正・昭和・平成　年　月　日（　歳） |
| | 住所 | □申込者と同じ<br>□その他　→ 広島市 | |
| | 連絡先 | □申込者と同じ<br>□その他　→☎（　）　－ | 主な介護者（続柄） □申込者と同じ<br>□その他（　） |
| 受診者に関する情報 | 口腔症状（気になるところ） | □入れ歯　□歯ぐき　□歯　□その他<br>（具体的に　） | |
| | 要介護認定 | □あり　□なし | 現在の主たる病名： |
| | 介護度 | 要支援　1　2<br>要介護　1　2　3　4　5 | 主治医 医療機関名：<br>医師名： |
| | 訪問を希望する歯科医院 | □あり（歯科医院名：　広島市　区　町）<br>□なし | |
| | 訪問歯科診療の受診歴 | □あり（歯科医院名：　広島市　区　町）<br>□なし | |
| | 駐車場 | □近くに駐車可能　□やや離れているが駐車可能　□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<br>名称<br>管理者氏名 | | |

※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2-1
TEL 082-262-2662（代）　FAX 082-262-2668

# 在宅訪問歯科健康診査報告書

資料　2

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<br>平成　年　月　日<br>（時間　：　～　：　） | 担当診療所　所在地<br>名　称<br>担当歯科医師氏名　印<br>電　話　番　号　（　）　－　3枚目に押印してください |
| 年度区分<br>整理番号 | （ふりがな）<br>明・大・昭・平　年　月　日（　歳）<br>受診者住所　広島市<br>電話番号　（　）　－ |

時間の記入が必須

口腔状況

口腔症状（主訴）

※口を正面から見た状態で表記しています。

| | 上 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 左 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 下 | | | | | | | | | | | | | | | |

【記入例】　健全歯：／（健康）　未処置歯：C（う蝕治療が必要）　処置歯：○（治療済）　欠損補綴歯：Ⓐ（義歯（ブリッジ）装着済）　要補綴歯：△（義歯（ブリッジ）要装着）　補綴不要欠損：×（義歯（ブリッジ）装着不要）

- ◆ 未処置う蝕（　）本　　◆ 欠損補綴　完了（不要）・要治療
- ◆ 口腔清掃状態　良好・普通・不良（自立・一部介助・全介助）
- ◆ 食事摂取　自立・見守り等・一部介助・全介助
- ◆ 歯周疾患　なし・要指導・要治療
- ◆ 軟組織疾患　なし・あり（　）
- ◆ その他の異常　なし・あり（嚥下障害・口腔乾燥・その他　）

健診結果

1. 訪問診療が　必要　・　不要　　2. 治療不能

3. 移送治療が必要（移送医療機関名：　）

関連職種が理解できるように記入してください

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。

# 報告書変更点のまとめ

旧

在宅訪問歯科健診・診療業務報告書

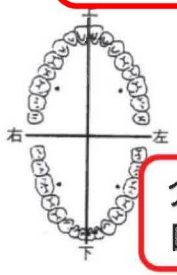
A：担当歯科医

【訪問歯科健診】
※　訪問歯科健診を行った場合は、速やかに2枚目と3枚目を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<br>平成　年　月　日 | 担当　診療所所在地<br>歯科医師氏名<br>電話番号 | [印]<br>3枚目に押印してください |
| 年度区分<br>年度 | 整理番号 | 患者住所区<br>区 |
| | | 患者氏名<br>生年月日　明・大・昭・平 |
| 主訴 | | |

口腔状況

- ○ 口腔清掃状態：良好 ・ 普通 ・ 不良
- ○ 未処置う蝕　：（　　）本
- ○ 欠損補綴状況：完了又は不要 ・ 要治療
- ○ 歯周疾患　　：なし ・ 要指導 ・ 要治療
- ○ 歯石沈着状況：なし ・ あり
- ○ 軟組織疾患　：なし ・ あり（　　）
- ○ その他の異常：なし ・ あり（　　）




判定結果
1 治療不要
2 訪問診療が必要
3 移送診療が必要→希望しない・希望する（医療機関名　　）
4 治療不能（理由：　　）

【訪問歯科診療】
※　訪問歯科健診に引き続き訪問診療を行ったとき（診療完了後、年度内に再開した場合も含む）は、その実施回数及び訪問診療の状況を年度末に協議会に電話連絡してください。

| 訪問診療実施回数 | 訪問診療の状況 |
|---|---|
| 回 | 継続 ・ 完了 ・ 中止（理由： |

実施回数報告の必要性が周知不足のため別紙にて報告して頂くように変更

ケアマネジャ等の関連職種にも活用可能に変更

時間の記入を必須に変更

節目年齢歯科健診と同様記載様式に変更

介護認定審査における口腔項目を加えた

関連職種にも情報提供出来るように記述箇所を増やした

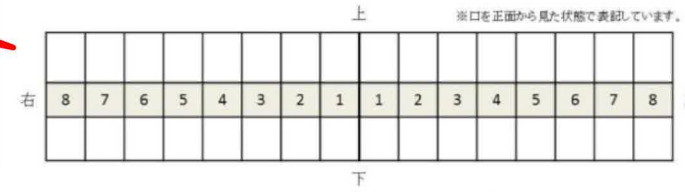
新

在宅訪問歯科健康診査報告書　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、速やかに2枚目を協議会事務局に3枚目を担当ケアマネジャー等に提出して下さい。

| | |
|---|---|
| 訪問歯科健診実施年月日<br>平成　年　月　日<br>（時間　：　～　：　） | 担当診療所　所在地<br>名　称<br>担当歯科医師氏名　印<br>電　話　番　号　（　　）　－ |
| 年度区分　年度<br>整理番号 | （ふりがな）<br>受診者氏名<br>生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　歳）<br>受診者住所　広島市<br>電話番号　（　　）　－ |

口腔症状（主訴）




【記入例】健全歯：／（健康）　未処置歯：C（う蝕治療が必要）　処置歯：○（治療済）　欠損補綴歯：⊘（義歯（ブリッジ）装着済）　要補綴歯：△（義歯（ブリッジ）要装着）　補綴不要欠損：×（義歯（ブリッジ）装着不要）

- ◆ 未処置う蝕（　）本　　◆ 欠損補綴　完了（不要）・要治療
- ◆ 口腔清掃状態　良好・普通・不良（自立・一部介助・全介助）
- ◆ 食事摂取　自立・見守り等・一部介助・全介助
- ◆ 歯周疾患　なし・要指導・要治療
- ◆ 軟組織疾患　なし・あり（　　）
- ◆ その他の異常　なし・あり（嚥下障害・口腔乾燥・その他　　）

健診結果
1. 訪問診療が　必要・不要　　2. 治療不能
3. 移送治療が必要（移送医療機関名：　　）
状況の詳細：関連職種が分かるように記して下さい

【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。

資料　3

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
ＦＡＸ

| | |
|---|---|
| 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，℡082-262-2662）までご送付お願い致します。<br>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（2700円）が支払われます。

資料　4

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

資料　5

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。

資料　6

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、よろしくお願い申し上げます。

必要項目を記入して事務局に提出

| 患　者　名 | 往診回数<br>(4 月～10 月) | 往診回数<br>(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・診療事業の窓口

## 申し込み窓口

広島市歯科医療福祉対策協議会

**（広島市東区二葉の里３丁目２－４）**

**ＴＥＬ ０８２－２６２－２６６２**

## 受付時間

**月曜～金曜（午前９時～午後５時まで）**