

在宅要介護者

# 訪問歯科健診

申込書



## FAX : 050-3488-6764

【申込日】 令和 年 月 日

申込者氏名	所属事業所等 様 ( )		
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 ( )	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> その他 ( )
電話番号		FAX番号	

利用者(患者) 氏名	ふりがな 様	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	満 歳
住所	〒 横浜市	
電話番号		
主訴	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない・こわれた <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 ( )	

当てはまる項目に✓印をつけてください。

**介護認定**     要支援1     要支援2     要介護1     要介護2     要介護3     要介護4     要介護5  
 内科等の定期的な訪問診療を受けている

**生活保護**     有     無    **医療保険**     有     無    **障害者手帳**     有     無

**かかりつけ歯科医**     有     無    **かかりつけ主治医**     有     無

歯科診療所・歯科医師名                      電話番号                      医院・医師名                      電話番号

患者さんはどんな状態(環境)ですか？

寝たきり     寝たきり起きたり (15分くらい座していることができる)     自力で移動出来る     移動に介助が必要

訪問診療希望時を教えてください

(希望日に○、ダメな日に×)

ご自宅の駐車スペース

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

有     無

在宅要介護者「訪問歯科健診」は、下記3つの要件を満たす方が対象です。

- ①横浜市内在住で、歯科健診に行く事の出来ない75歳以上の方。
- ②要介護3以上、あるいは 要支援1・2 要介護1・2の方で内科等の定期的な訪問診療を受けている方。
- ③現在、医療保険や介護保険による歯科治療・管理等を受けていない方。

お問合せ : 050-3488-6764 ※お問合せ内容をご伝言下さい。折返しお電話させていただきます。

青葉区歯科医師会 青葉区在宅歯科医療地域連携室

