

事業広報を兼ね、対象者以外の方にもお知らせしています。

**無料**

～健康は健口(けんこう)から～

先着490名限定

# 訪問歯科健診

この事業は、横浜市の令和3年度在宅要介護者訪問歯科健診事業により実施します。

《事業実施期間》

令和3年9月1日～令和4年1月31日

加齢に伴う口腔機能の低下は、感染症の発症や嚥下障害など高齢者のADL（日常生活動作）に大きく影響します。

そこで、通院が困難な在宅高齢者を対象に、訪問歯科健診を行うことにより、早期対応及び口腔機能の改善を図ります。

## ◆実施内容

◇対象者：・市内在住で歯科健診に行くことができない75歳以上で  
要介護3以上※の方



※要支援1・2、要介護1・2の方は、内科等の定期的な訪問診療を受けている場合に本事業の対象となります。

・現在、医療保険や介護保険において歯科に関する治療・管理を受けていない方

◇内容：無料で、歯科医師によるむし歯、歯周病のチェック、お口の機能のチェック、歯科衛生士による歯みがきアドバイス等を行います。  
\*むし歯等の問題が見つかった場合で、診療、治療につながった場合は、保険診療となります。

◇自己負担：**無料**

◇申込方法：下記問合せ先までお電話・申込書（裏面）に必要事項をご記入のうえFAXにてお申し込み下さい。



「訪問歯科健診」に関する問合せ・申込は  
青葉区歯科医師会 青葉区在宅歯科医療地域連携室

電話・FAX:050-3488-6764 ※自動音声に従い、伝言録音・FAX送信下さい。



一 在宅要介護者訪問歯科健診事業一  
横浜市・（一社）横浜市歯科医師会



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。

<b>介護認定</b>	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	<input type="checkbox"/> 内科等の定期的な訪問診療を受けている		
<b>生活保護</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<b>医療保険</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<b>障害者手帳</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<b>かかりつけ歯科医</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
歯科診療所・歯科医師名	電話番号	<b>かかりつけ主治医</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		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  寝たり起きたり(15分くらい座ることが出来る)  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

有  無

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

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

