

無料

～健康は健口(けんこう)から～

先着**480**名限定

訪問歯科健診

この事業は、横浜市の令和4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4年9月1日～令和5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（神奈川県後期高齢者医療制度対象者）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もしくは申込書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
港北区在宅歯科相談室

電話：045-543-5510 FAX：045-543-5510



－在宅要介護者訪問歯科健診事業－
横浜市・（一社）横浜市歯科医師会



訪問歯科診療・口腔ケア申込書

(NO. _____) 申込日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者お名前 _____ 患者様との関係 _____

TEL/FAX _____ 携帯 _____

(ふりがな) 受診希望者	様 (男 ・ 女)		
生年月日	(大正・昭和・平成・令和)	年	月 日 (満 歳)
訪問先住所	港北区		
TEL (連絡用)			
同居者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(続柄 _____) 訪問時立会い： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(続柄 _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
主訴	<input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 取れた・欠けた <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 歯が腫れた・痛い <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他(_____)		
病歴	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 腰椎圧迫骨折 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能(低下・亢進)症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
日常生活	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 自力移動可能		
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中		
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)等級		
ケアマネジャー	事業所名 _____ 担当者名 _____ TEL _____		
かかりつけ 病院名	<input type="checkbox"/> あり 病院名：医師名 _____ <input type="checkbox"/> なし 病院 TEL _____		
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり 歯科医院名 _____ <input type="checkbox"/> なし 歯科医院 TEL _____		
訪問診療 希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 AM (_____ 時～ _____ 時) PM (_____ 時～ _____ 時)	<input checked="" type="checkbox"/> 駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 近くに有料P	

問い合わせ/申込み先 港北区在宅歯科相談室 Mail / kouhoku@visitdental.com

TEL/FAX 045-543-5510