

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5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5年9月1日～令和6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・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
港北区在宅歯科相談室

電話：045-543-5510 FAX：045-543-5510



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



◆訪問歯科健診申込書◆

歯科の訪問は常時寝たきりの状態またはこれに準ずる状態など、居宅において療養を行っており、
疾病・傷病のために通院による歯科医療が困難な方が対象です。

申込日 20 年 月 日

申込者氏名	
患者様との関係	<input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 担当ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()
TEL	()
FAX	()

患者様氏名	ふりがな 様 (男・女)
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒
TEL	()
主介護者	
主訴	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れてる <input type="checkbox"/> 入れ歯 (合わない・壊れた) <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 飲みこみづらい <input type="checkbox"/> その他
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

訪問希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
駐車スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患者様はどのような状態ですか？	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力で移動できる <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要

かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> 有 歯科医院名： <input type="checkbox"/> 無 歯科医師名： TEL：
かかりつけ主治医	<input type="checkbox"/> 有 医院名： <input type="checkbox"/> 無 医師名： TEL：

上記項目をご記入の上、下記番号までFAXにてご送信ください。

※ご提供頂いた情報は個人情報方針に基づき歯科診療目的としてのみ使用し厳密に保管管理致します。



港北区在宅歯科相談室

TEL/FAX 045-543-5510

〒222-0037 横浜市港北区大倉山1-4-6 コジマビル3F

月～金：9:00～12:00 13:00～17:00 (祝日、年末年始を除く)