

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6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6年9月1日～令和7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
(一社)横浜市歯科医師会 歯科医療連携室
電話:0120-814-594 FAX:0120-458-557



- 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



在宅要介護者訪問歯科健診連絡表

【申込日】令和 年 月 日

| | | | |
|----------|--|-------|--|
| 申込者氏名 | | | |
| 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 | 男・女 | |
| 生年月日 | 年 月 日 満 | 歳 | |
| 住所 | 〒 横浜市 区 | | |
| 電話番号 | | | |
| 介護認定 | <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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医科の訪問診療介入有 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | |
| ・生活保護 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | ・医療保険 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ・障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| ・かかりつけ歯科医 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | ・かかりつけ主治医 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 医院・医師名 | 電話番号 | 医院・医師名 | 電話番号 |
| 患者さんの状態(環境) | | | |
| <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 | | | |
| 訪問健診希望曜日 | | 駐車スペース | |
| | 月 火 水 木 金 土 日 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 午前 | | | |
| 午後 | | | |

FAX 0120-458-557
 横浜市歯科医師会 歯科医療連携室