

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  
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 連絡表



FAX : 050-3488-6764

【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
病院・医師名	電話番号	病院・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		

お問合せ : 050-3488-6764 ※お問い合わ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。

横浜市青葉区歯科医師会 青葉区在宅歯科医療地域連携室

