

～ 無料 訪問歯科健診のご案内 ～

ご自宅まで歯科健診にお伺いします

「入れ歯」や「むし歯」、「飲み込みにくい」など、お口のことでお困りのことはありませんか？

一度、歯医者さんに診てもらい、気になることを相談してみましよう。



【 3つの条件 】

- ① ご自宅にお住いの後期高齢者被保険者の方
- ② 要介護3以上の方（通院困難な方）
- ③ 現在、医療や介護保険で歯磨き等の指導（口腔ケアの管理）を受けていない方

この3つの条件のすべてに当てはまる方は、無料で訪問歯科健診を受けることができます。

※ 申請する前に、必ずケアマネジャーに連絡・相談して下さい。

- 申込を希望される場合は、別添の申請書に記入して、福井県後期高齢者医療広域連合まで郵送もしくはFAXにより送付してください。
- 訪問歯科健診の申込後、1カ月以内に、今回の訪問歯科健診の委託事業者である福井県歯科医師会の「担当歯科医院」からご自宅あてに訪問日時等を調整するための連絡があります。本人・家族に代わりケアマネジャーと連絡させていただく場合があります。
- 歯科医師と歯科衛生士等がご自宅にお伺いします。
- 訪問の際には、家族の方や必要に応じてケアマネジャーの立会をお願いします。
- 歯科健診結果や口腔ケア指導内容については、本人の同意を得た上で、ケアマネジャーにお伝えすることがあります。
- 歯科健診は無料ですが、健診結果により治療が必要と判断され、治療を受けられる場合、治療分については、治療代がかかります。

※市町が行う歯科医院での歯科健診を受ける場合には、重複して受けることはできません。

（お問い合わせ先）

【案内送付者】〒910-0843 福井市西開発4丁目202番1 福井県後期高齢者医療広域連合
TEL (0776) 54-6330 Fax (0776) 52-5720
Email アドレス hoken@fukui-kouiki.or.jp

無料訪問歯科健診申請書

福井県後期高齢者医療広域連合及び福井県歯科医師会が私（受診者）に関する個人情報を厳正に管理することを条件に、無料訪問歯科健診に申し込みます。また、事業実施に必要な範囲においてのみ福井県歯科医師会、ケアマネジャーに対して私（受診者）の個人情報を提供することを承諾します。

申請日 平成 年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長

（ご記入できる範囲で結構です↓）

フリガナ	被保険者番号								
本人氏名（申請者）	印	生年月日	M・T・S	年	月	日生	（才）		
住所	性別	要介護度（※必ず○をつけてください）							
	男・女	要介護 3 4 5							
ケアマネジャー記入欄	障害高齢者自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
	認知症高齢者自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V・M							
訪問先の住所（上記と異なる場合）									
申込者（本人以外の場合） 氏名	本人との関係	連絡先 Tel							
ケアマネジャー 氏名	連絡先 Tel								
	事業所名								
かかりつけの病院	かかりつけの歯科医院	利用している介護サービス施設							
本人の状態について当てはまる個所の番号に○をつけてください。 【意思の疎通】 1 できる 2 少しできる 3 ほとんどできない 【健診時の姿勢】 1 寝たまま 2 ベッドで上半身を起こした状態 3 椅子に座りながら									
主たる疾患									
その他、希望や連絡事項があれば記入してください。									

どちらか○をつけて下さい。

ケアマネジャーへ連絡はしましたか？（ はい ・ いいえ ）

※連絡がまだの場合は、ケアマネジャーに連絡した後に申請してください。

ケアマネジャーは、本人・家族に代わり、代行申請をすることができます。

（お問い合わせ先）

〒910-0843 福井市西開発4丁目202番1 福井県後期高齢者医療広域連合
Tel (0776) 54-6330 FAX(0776) 52-5720
Email アドレス hoken@fukui-kouiki.or.jp