

# 訪問

年度内に1回、無料で  
受けられます

# 口腔ケア健診

**在宅でねたきり等のため外出できない方で、  
次のいずれかに該当する区民の方**

対象者

- 介護保険要介護認定1～5
- 身体障害者手帳1・2級
- 愛の手帳1・2度
- その他上記に準ずる方

気になる所は  
ありますか？



こんなことでお困りではありませんか？

- ✓ 義歯が合わなくなった、噛みにくい
- ✓ 食事中むせやすい、飲み込みにくい
- ✓ 口の臭いが気になる、口が渇く
- ✓ 詰め物が取れた
- ✓ 食べこぼしが多くなった
- ✓ 口腔ケアの方法がわからない

申し込み

世田谷保健所健康推進課へ電話またはFAXでお申し込みください。

TEL 03-5432-2442 FAX 03-5432-3102

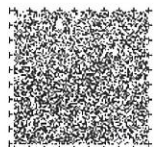
裏面の「訪問口腔ケア健診票送付依頼書」がご利用いただけます

## 訪問歯科診療のご案内

訪問歯科診療をご希望の方は、電話でお問い合わせください。

世田谷区歯科医師会…………… TEL 03-5376-2111

玉川歯科医師会…………… TEL 03-3708-4618



FAX送信方向

世田谷保健所 健康推進課 行

FAX : **03-5432-3102**

年 月 日

## 訪問口腔ケア健診票 送付依頼書

「訪問口腔ケア健診票」の送付をお願いします。

対象者氏名：

生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

住所：世田谷区

電話番号：

(以下の該当するものに○をつける)

介護保険認定：要介護 1・2・3・4・5

身体障害者手帳： 1級 ・ 2級

愛の手帳： 1度 ・ 2度

通院困難な理由：

申請者氏名：

住所：

電話番号：