

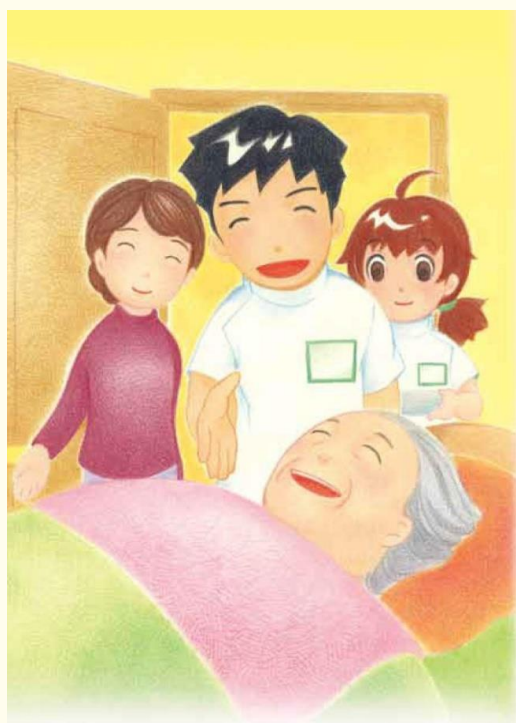
# 川口市訪問歯科健診

ご自宅で歯科健診が受けられます

## まずはご相談ください

対象者は、川口市在住の寝たきりや難病等で通院が困難な方

### 訪問歯科健診は無料です



#### 訪問歯科健診の申し込み方法

- 1、川口市保健所健康増進課の訪問歯科健診の担当までお電話をください。
- 2、電話後、ウラ面の申込書を川口市保健所健康増進課までFAXをしてください。
- 3、訪問歯科の医療機関から連絡があり日程を決めます。
- 4、決定した日時に在宅で訪問歯科健診を行います。

1年に1度は歯科健診を受けましょう！



電話

ご相談は川口市保健所健康増進課へ

# 048-256-1135

受付時間 月～金 8:30～17:00



川口市保健所健康増進課



一般社団法人  
川口歯科医師会

## 川口市訪問歯科健診申込書

## ■ 申込者

|      |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな |                                                                                    | <input type="checkbox"/> ご家族（続柄                      ） <input type="checkbox"/> ヘルパー<br><input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー<br><input type="checkbox"/> その他（                                      ） |
| ご氏名  |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 連絡先  | 電話番号                                      （                                      ） |                                                                                                                                                                                                                                  |

## ■ 受診者

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ふりがな                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 男・女        |
| ご氏名                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
| 生年月日                 | 大正・昭和<br>平成・令和                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日 ( 歳) |
| 住 所                  | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
| 電話番号                 | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
| 外出困難<br>な理由          | <input type="checkbox"/> 寝たきりのため <input type="checkbox"/> 歩行困難なため<br><input type="checkbox"/> その他の理由 ( 病名など外出が困難な理由を簡単にお書きください )                                                                                                                                                                          |            |
| お困りの<br>事はある<br>ますか？ | <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉がはれた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた<br><input type="checkbox"/> 入れ歯が当たって痛い <input type="checkbox"/> 食事がしにくい <input type="checkbox"/> 悪いところを見てほしい<br><input type="checkbox"/> その他 ( 歯肉から出血があるなど具体的にお書きください ) |            |
| その他                  | かかりつけの歯科医院があれば教えてください<br>(                                  歯科医院                                  先生 )<br>訪問時に駐車する場所がありますか？    ( はい・いいえ )                                                                                                                                                                 |            |
| 備 考                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |

お申込みFAX番号 048-256-2023