みやぎ
訪問歯科相談室
のご案内

お家や施設で生活（療養）されている方の、
歯とお口の無料電話相談です。
お口の健康についてお悩みがありましたら、
お気軽にご相談ください！！

お問合せ

一般社団法人　宮城県歯科医師会

みやぎ訪問歯科相談室

（　宮城県委託事業　）

〒980-0803
仙台市青葉区国分町一丁目５番1号　宮城県歯科医師会館内

TEL.　022－290-1510

FAX.　022－225-4843

受付時間　月～金　午前９時～午後５時
※祝祭日及び年末年始を除く

https：//www.miyashi.or.jp

宮城県歯科医師会では、宮城県の委託を受け、
病気や障がいなどのため歯科医院に通院できない方々の
お口のケアに関する相談・訪問歯科診療申込みの窓口として

「みやぎ訪問歯科相談室」

を設置しました！！

- □歯肉が腫れている。
- □むし歯がある。
- □歯が痛い。
- □入れ歯が合わない。
- □歯が抜けたままで食べにくい。
- □口臭が気になる。
- □お口の清掃の仕方が分からない。
- □食事中にむせることがある。

このようなお悩みはありませんか？

みやぎ訪問歯科相談室へお気軽にお電話下さい。

相談料・紹介料は無料です！！

TEL. 022-290-1510

※介護職、医療職の皆様へ

利用者さん、患者さんの口腔内のことでお困りの方がいらっしゃいましたら、
お気軽にお問い合わせください。

★歯とお口の健康は全身の健康につながります★

1. よく噛めるようになり、楽しく、おいしく食事ができます！
2. 誤嚥（ごえん）性肺炎の予防ができます！
3. 感染症（風邪やインフルエンザなど）の予防ができます！

口から食事をして、おいしいと感じることは、
気持ちが明るくなり、生きる意欲が高まることがあります。
治療と口腔ケアによって、お口が健康になることは、
全身の健康につながっていきます！！

訪問歯科相談室についてQ&A

Q 誰が利用できますか？

A 病気、障がいなどにより在宅等で療養している通院が困難な方、介護を受けている方のお口に関する相談を受け付けます。
病院に入院中、介護施設に入所中の方は、ご利用前に主治医や施設スタッフにご相談ください。

Q どのような相談ができますか？

A 歯やお口の悩み、お手入れの方法など、お口の健康全般についてご相談いただけます。
ご自宅等でケアや治療を希望される方には、ご希望に沿った歯科医院をご紹介します。

Q 費用はどうなるのですか？

A 相談室への電話やFAXによる相談及び歯科医院の紹介は無料です。
相談の結果、ケアや治療が必要な場合には、医療保険、介護保険が適用になります。お口の状態や治療希望内容によって異なりますので、ご不安の点は、お伺いする歯科医師、歯科衛生士にご相談ください。

Q 希望の歯科医に来てもらえますか？

A かかりつけの歯科医が訪問歯科の登録医であれば依頼をいたしますが、難しい場合はお近くの歯科医をご紹介いたします。
原則としてご自宅や施設から16キロ以内の歯科医院をご紹介させていただきます。

Q 付き添いは必要ですか？

A 訪問時には必ずご家族の方などの付き添いをお願いします。

Q 訪問を受ける際、家や施設で何か用意するものはありますか？

A 流し、洗面台、コンセント等をお借りすることがございます。
その他、準備物はお伺いする歯科医院にご確認をお願いします。

《訪問歯科診療を希望される方へ》

①申し込みは、お電話かＦＡＸで。
ＦＡＸの場合は下の申込書をご利用下さい。

お電話で相談内容、お身体の状態について、お伺いします。
FAXをいただいた場合は、当日もしくは2，3日中に
みやぎ訪問歯科相談室よりお電話いたします。

TEL. 022-290-1510　／　FAX. 022-225-4843

②歯科医師等の訪問を希望される方には、
歯科医院をご紹介します。

患者様の症状、ご希望をお聞きし、お近くの歯科医院をご紹介します。
状況により歯科医院が決まるまで、一週間程度かかる場合があります。

③歯科医院からご連絡します。

担当歯科医院から患者様、ご家族、施設等へご連絡いたします。
依頼内容や訪問の日時、準備物などを確認させていただきます。

④訪問診療

患者様の状態を確認後、治療が必要な場合は、
患者様やご家族の意向、ご都合をお聞きして
治療方針、治療計画を立てます。
治療計画に基づいて、継続した訪問診療を行います。

【訪問終了後】

健康なお口の状態を保持し、
いつまでもおいしく食べられるように、
定期的な検診や専門的口腔ケアを
受けることをお勧めします。

相談申込書

※　申込書はコピーしてご利用下さい。
※　ご提供いただいた内容は、連携医療機関への情報提供のみ使用し、厳密に取扱いいたします。

ふりがな		患者との関係（　　）
申込者名		
連絡先 電話番号		※連絡可能な時間帯

ふりがな		男 女	生年月日	明治 大正 昭和	年　月　日 （　歳）
患者名					
住　所	（〒　　ー　　）		電話番号		
			FAX		
相談内容	歯　・　歯ぐき　・　入れ歯　・　訪問歯科診療申込 その他（　　）		備考欄		