

3 障福第 2 1 5 5 号
令和 4 年 3 月 1 日

各障害福祉関係施設管理者 様

愛知県福祉局福祉部障害福祉課長
(公 印 省 略)

令和 4 年度 愛知県障がい者施設歯科健診事業について (通知)

日頃は、本県の障害福祉の向上にご協力いただき、御礼申し上げます。

このたび障害児・者施設の利用者の方々の歯科健診等を下記のとおり行うこととなりました。つきましては歯科健診等の実施を希望される場合は、別添申込書に必要事項を記入のうえ、**令和 4 年 4 月 1 5 日 (金) まで**にファクシミリで障害福祉課までお申し込みください。

記

- 1 実施者
一般社団法人愛知県歯科医師会
- 2 目的
歯科疾患の予防、歯科疾病の早期発見及び歯科健康教育の推進を図り、障害児者の健康維持に努めること。
- 3 対象
障害者支援施設及び障害児入所施設の利用者
※障害者通所支援事業所 (生活介護等)、グループホーム及び障害児通所支援事業所の利用者は対象に含まれません。
※計画段階で受診予定者が少数の場合は近隣の施設と調整のうえ、**10名以上**で申し込んでください。(県では調整しません。)
- 4 実施内容
 - (1) 歯科健診及び歯科衛生指導 (個別・集団)
 - (2) フッ化物塗布によるむし歯予防
 - (3) 施設職員に対する歯科健康教育講話
- 5 実施方法
愛知県歯科医師会が健診スタッフを施設等に派遣し実施する。
- 6 実施日時等
 - (1) 実施期間 令和 4 年 6 月から 1 2 月まで
 - (2) 実施曜日 原則木曜日
 - (3) 日 数 1 日
 - (4) 健 診 料 無料
- 7 派遣内容等の問い合わせ先
一般社団法人愛知県歯科医師会
電 話 0 5 2 - 9 6 2 - 9 1 0 6
メール jigyo@aishi.or.jp

担 当 事業所指導グループ (野澤)
電 話 0 5 2 - 9 5 4 - 7 4 0 0 (タヤルイン)
F A X 0 5 2 - 9 5 4 - 6 9 2 0

令和4年度(2022年度)愛知県障がい者施設歯科健診事業申込書

令和 4 年 月 日

施設名
施設長

印

下記のとおり、申込みます。

記

施設名			
施設種別 (必ずご記入下さい)			
	入所施設のみ		
住所	〒 -		
電話	()	FAX	()
施設長名			
担当者名			
実施内容 該当する箇所に し点を入れて下さい	歯科健診対象者 身体障がい者 知的障がい者 精神障がい者		
実施希望年月日	第一希望:令和 年 月 日() 第二希望:令和 年 月 日() 第三希望:令和 年 月 日() 6月～12月の間にお願いします。		
受診予定者	人		
職員数	人 (健診対象にはなりません)		

近隣の施設と調整し10名以上での申し込みをする事業所については、歯科健診等の実施場所となる事業所の情報を記載してください。ただし、受診予定者欄は合計の人数を記載してください。