

知りたい! 教えてほしい! 正しい専門的口腔ケア

— 在宅歯科医療連携室のご案内 —

自宅や施設まで
来てくれる
歯医者さんを知りたい



施設職員に
口腔ケアについての
講習をして欲しい

- 口腔ケア用品 (各種ブラシ、保湿剤など)
- 入れ歯の取り扱い、清掃方法
- お口の乾燥がある方の口腔ケア
- 認知症の方の口腔ケア
- 障がいのある方の口腔ケア
- 胃ろうや経鼻栄養の方の口腔ケア
- 楽しみながらできる嚥下体操、マッサージ
- 食事の介助方法
- 窒息や誤嚥性肺炎の予防
- 口を開けてくれない方、嫌がる方への口腔ケア

専門の歯科衛生士が、ご要望に添った講習を致します

このような疑問や要望があれば、連携室にご一報下さい。
費用は一切掛かりません。聴講者は1名からOKです。



ご相談・講習は

無料

訪問歯科診療をご希望の場合は、
愛知県歯科医師会ホームページ
<http://www.aichi8020.net> をご覧下さい。

愛知県歯科医師会
在宅歯科医療連携室

こちらのバナーより
申込窓口一覧が確認できます



TEL (052) 962-8020

裏面の申込用紙でお申し込み下さい

一般社団法人
愛知県歯科医師会
AICHI DENTAL ASSOCIATION

ADA

在宅歯科医療連携室事業申込書

申込日：令和 年 月 日

申 込 者	施 設 名 団 体 名	高齢者施設 ・ 障害者支援施設 (どちらかに○をつけてください)		
	連 絡 担 当 者 名	TEL	()	-
		FAX	()	-
		E-mail		
派 遣 場 所 (会場名・所在地)	会 場 名			
	所 在 地	〒		
事 業 実 施 日 時	第1希望	令和 年 月 日 ()	対象者(職種)	
		: ~ :	参加予定者数	名
	第2希望	令和 年 月 日 ()	対象者(職種)	
		: ~ :	参加予定者数	名
施 設 協 力 歯 科 医	無 ・ 有	※有の場合は歯科医師名または歯科診療所名および連絡先をご記入ください。 () -		
希 望 内 容				
派 遣 決 定 書 送 付 方 法	FAX ・ E-mail (どちらかに○をつけてください)			
備 考				

連携室受理日：令和 年 月 日

在宅歯科医療連携室 行

FAX (052) 951 - 5108 / TEL (052) 962 - 8020