

歯科治療必要者 申し送り票

提出先

〇〇町保健医療福祉調整本部（担当：〇〇）？ 〇〇歯科医師会（担当：〇〇）
方法は？ 持ち込み？ メール？ FAX？ その時に都合のいい方法を指定

「通院の可否」に可をつけた要治療者には、開院している歯科医院情報（別紙）をお渡しして来院を促してください。

通院ができない方の場合は「不可」とし、その理由を「詳細記載欄」に記載したうえで、歯科医師会側から連絡する旨をお伝えください。

連絡先、かかりつけ歯科医院の名称も記載漏れがないように、ご協力お願い致します。

記載者 所属団体名: JDAT〇〇県

担当者名(資格): 小池 百合子(歯科衛生士)

電話(メール): 123-456-7890

申し送り日: 2024年 1月 1日(水)

お名前	避難場所 又は 自宅の場所 (住所)	連絡先 携帯電話 番号	年齢	性別	口腔衛生状態			義 歯 の 状 況	歯 科 疾 患 (ある もの に チ ェ ッ ク)	緊 急 処 置 の 必 要 性	通 院 の 可 否	水 分 で の ム セ	食 事 摂 取 量 低 下	か か り つ け 歯 科 医 院 名	詳細記載欄
					プラーク 付着	舌苔	口腔乾燥							無い場合 は無しに○	例: 歯や口の訴え、病状や必要な 処置、本人・家族の要望など 通院が困難な理由など
山田実様	川元小学校 (自宅は川元3丁目)	012- 345-6789	72	男 女	なし 中多	なし 中多	なし 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	可 不	有 無	有 無	有(名称記載) 川元歯科 無	義歯性潰瘍の疼痛にて食事困 難。要義歯調整。上PD、下FD。 川元歯科は休院中。
鈴木さと様	特養ゆうゆう	01- 2345-6789	81	男 女	なし 中多	なし 中多	なし 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	可 不	有 無	有 無	有(名称記載) 無	上のみ総義歯。下は無歯顎。も ともと上の義歯が緩く、破損、自 然脱落あるまま使用中。
佐藤トメ様	特養ゆうゆう	01- 2345-6789	90	男 女	なし 中多	なし 中多	なし 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	可 不	有 無	有 無	有(名称記載) 無	下顎前歯動揺あり、痛み無し。 右下奥、残痕？排膿？3日に市 外施設へ移動予定。
				男 女	なし 中多	なし 中多	なし 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	可 不	有 無	有 無	有(名称記載) 無	
				男 女	なし 中多	なし 中多	なし 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	可 不	有 無	有 無	有(名称記載) 無	
				男 女	なし 中多	なし 中多	なし 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	可 不	有 無	有 無	有(名称記載) 無	