

歯科治療必要者 申し送り票

提出先

「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:

担当者名(資格):

電話(メール):

申し送り日: 年 月 日()

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 無 い 場 合 は 無 し に ○	詳細記載欄 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
					プ ラ ーク 付 着	舌 苔	口 腔 乾 燥								
				男	なし	なし	なし	有	歯周病	有	可	有	有	有(名称記載)	
				女	中多	中多	中多	無	う蝕 粘膜疾患	無	不	無	無	無	
				男	なし	なし	なし	有	歯周病	有	可	有	有	有(名称記載)	
				女	中多	中多	中多	無	う蝕 粘膜疾患	無	不	無	無	無	
				男	なし	なし	なし	有	歯周病	有	可	有	有	有(名称記載)	
				女	中多	中多	中多	無	う蝕 粘膜疾患	無	不	無	無	無	
				男	なし	なし	なし	有	歯周病	有	可	有	有	有(名称記載)	
				女	中多	中多	中多	無	う蝕 粘膜疾患	無	不	無	無	無	
				男	なし	なし	なし	有	歯周病	有	可	有	有	有(名称記載)	
				女	中多	中多	中多	無	う蝕 粘膜疾患	無	不	無	無	無	
				男	なし	なし	なし	有	歯周病	有	可	有	有	有(名称記載)	
				女	中多	中多	中多	無	う蝕 粘膜疾患	無	不	無	無	無	