

提出先

〇〇町保健医療福祉調整本部 担当：〇〇
もしくは、〇〇歯科医師会 メール：

FAX：

歯科相談・対応 希望申送り票（保健/医療→歯科）

避難所・施設名：

市町村名：

記載者

所属団体名：

担当者名：

電話・メール：



フォームでの
入力はこち（案）

歯科相談・対応 希望内容

年 月 日 () 時 現在

集団への対応

- 歯や口の中が痛い人がいる／歯科治療が必要な人がいる
- 歯を磨けない人がいる／口腔ケアをする人材が足りない
- 口腔ケアグッズが無い・足りない
 - 大人用歯ブラシ 子供用歯ブラシ 歯間ブラシ デンタルフロス
 - 歯みがき剤 洗口液（マウスウォッシュ） 口腔ケアウェットティッシュ
 - 入れ歯用歯ブラシ 入れ歯洗浄剤 入れ歯ケース その他（ ）
- 口腔ケア・歯科保健の啓発をして欲しい

個別の対応

氏名・連絡先	性・年齢	症状（選択）	症状、希望、通院の可否など（自由記載） * かかりつけ歯科医の情報
Tel:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 才	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 歯ぐきや粘膜の痛み・腫れ <input type="checkbox"/> 義歯があわない、壊れた、失くした <input type="checkbox"/> 食べにくいものがある <input type="checkbox"/> 口が乾く・むせる時がある <input type="checkbox"/> その他（ ）	* かかりつけ歯科 <input type="checkbox"/> 有() ・ <input type="checkbox"/> 無
Tel:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 才	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 歯ぐきや粘膜の痛み・腫れ <input type="checkbox"/> 義歯があわない、壊れた、失くした <input type="checkbox"/> 食べにくいものがある <input type="checkbox"/> 口が乾く・むせる時がある <input type="checkbox"/> その他（ ）	* かかりつけ歯科 <input type="checkbox"/> 有() ・ <input type="checkbox"/> 無
Tel:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 才	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 歯ぐきや粘膜の痛み・腫れ <input type="checkbox"/> 義歯があわない、壊れた、失くした <input type="checkbox"/> 食べにくいものがある <input type="checkbox"/> 口が乾く・むせる時がある <input type="checkbox"/> その他（ ）	* かかりつけ歯科 <input type="checkbox"/> 有() ・ <input type="checkbox"/> 無