提出先	:

歯科相談・対応　希望申送り票（保健/医療→歯科）

避難所・施設名：	記載者 所属団体名： 担当者名： 電話・メール：
市町村名：	

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（マウスウオッシュ）　□ 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:	□ 男 □ 女 才	□ 歯の痛み □ 歯ぐきや粘膜の痛み・腫れ □ 義歯があわない、壊れた、失くした □ 食べにくいものがある □ 口が乾く・むせる時がある □ その他（　　）	＊かかりつけ歯科 □有(　　)・□無
Tel:	□ 男 □ 女 才	□ 歯の痛み □ 歯ぐきや粘膜の痛み・腫れ □ 義歯があわない、壊れた、失くした □ 食べにくいものがある □ 口が乾く・むせる時がある □ その他（　　）	＊かかりつけ歯科 □有(　　)・□無
Tel:	□ 男 □ 女 才	□ 歯の痛み □ 歯ぐきや粘膜の痛み・腫れ □ 義歯があわない、壊れた、失くした □ 食べにくいものがある □ 口が乾く・むせる時がある □ その他（　　）	＊かかりつけ歯科 □有(　　)・□無

（　　）