

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

歯科相談・対応 希望申送り票（保健/医療→歯科）

避難所・施設名：
 川元小学校

市町村名：
 水浦市

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

歯科相談・対応 希望内容

2024年 1月 1日（水） 15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
山田実様 Tel: 012-345-6789	✓男 <input type="checkbox"/> 女 72才	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input checked="" type="checkbox"/> 歯ぐきや粘膜の痛み・腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 義歯があわない、壊れた、失くした <input checked="" 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（ ）	下顎の義歯が痛くて食事が困難。 徒歩での移動に問題はないが、車はないので遠方移動は困難。かかりつけ歯科は休院中で、他に避難所の近隣に開いている歯科もなく、避難所での往診対応をお願いしたい。 * かかりつけ歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 有(川元歯科)・ <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