

提出先

[Empty box for submission address]

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（資格）：
電話（メール）：

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