

歯科治療必要者 申し送り票
 (歯科チーム→歯科診療所)

提出先

提出方法

通院が可能な要治療者には、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。
 往診依頼の場合は、通院ができない理由も記載したうえで、歯科医院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()

氏名	現在の生活場所: 避難場所名称／自宅住所	連絡先 携帯電話番号	年齢	性別	口腔衛生状態 プラーク付着 舌苔 口腔乾燥	義歯 の状況	歯 科 疾 患 (あるものにチェック)	水分でのムセ	食事摂取量低下	状態や状況／歯科診療所への依頼内容 例: 歯や口の訴え、病状、通院困難理由／必要な処置、本人・家族の要望など	緊急処置の必要性	かかりつけ歯科医院名 無い場合は無しに○	見込み どれかに○
				男	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	有	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有	有	有(名称記載)	受診予定 有症時受診 往診依頼
				女	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	無	無	無	無	無	
				男	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	有	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有	有	有(名称記載)	
				女	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	無	無	無	無	無	
				男	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	有	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有	有	有(名称記載)	
				女	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	無	無	無	無	無	
				男	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	有	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有	有	有(名称記載)	
				女	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	無	無	無	無	無	
				男	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	有	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有	有	有(名称記載)	
				女	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	無	無	無	無	無	
				男	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	有	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有	有	有(名称記載)	
				女	なし 中 多	なし 中 多	なし 中 多	無	無	無	無	無	

歯科治療必要者 申し送り票

(歯科チーム→歯科診療所)

提出先
提出方法

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

通院が可能な要治療者には、開院している歯科医院情報（別紙）をお渡して来院を促してください。

往診依頼の場合は、通院ができない理由も記載したうえで、歯科医院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: 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

申し送り日: 2026 年 1 月 1 日(水)

氏名	現在の生活場所: 避難場所名称／自宅住所	連絡先 携帯電話番号	年齢	性別	口腔衛生状態 プラーク付着 舌苔 口腔乾燥	義歯の状況	（あるものにチェック） 歯科疾患	水分でのムセ	食事摂取量低下	状態や状況／歯科診療所への依頼内容 例: 歯や口の訴え、病状、通院困難理由／必要な処置、本人・家族の要望など	緊急処置の必要性	かかりつけ歯科医院名 無い場合は無しに○	見込み どれかに○
山田 実 様	川元小学校 (自宅は川元3丁目)	012-345-6789	72	男 女	なし 中多 中多 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	有 無	義歯性潰瘍の疼痛にて食事困難。要義歯調整。上PD、下FD。川元歯科は休院中。	有 無	有(名称記載) 川元歯科	受診予定 有症時受診 往診依頼
鈴木 さと 様	特養ゆうゆう	01-2345-6789	81	男 女	なし 中多 中多 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	有 無	上のみ総義歯。下は無歯顎。もともと上の義歯が緩く、破損自然脱落あるまま使用中。	有 無	有(名称記載)	受診予定 有症時受診 往診依頼
佐藤 トメ 様	特養ゆうゆう	01-2345-6789	90	男 女	なし 中多 中多 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	有 無	下顎前歯動揺あり、痛み無し。右下奥、残根？排膿？3日に市外施設へ移動予定。	有 無	有(名称記載)	受診予定 有症時受診 往診依頼
				男 女	なし 中多 中多 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	有 無		有 無	有(名称記載)	受診予定 有症時受診 往診依頼
				男 女	なし 中多 中多 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	有 無		有 無	有(名称記載)	受診予定 有症時受診 往診依頼
				男 女	なし 中多 中多 中多	有 無	歯周病 う蝕 粘膜疾患	有 無	有 無		有 無	有(名称記載)	受診予定 有症時受診 往診依頼