

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：

市町村名：

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:	☐ 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

()

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	記載者 所属団体名： JDAT〇〇県
市町村名： 水浦市	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 ☐ 女 72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（ ）	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 ☒ 有(川元歯科)・ ☐ 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

()