

お口のチェックをしましょう！！

チェック項目	✓印 観察ポイント
お口の中の清潔度	<input type="checkbox"/> 口臭がある
	<input type="checkbox"/> 痛み・はれ・出血がある、口の粘膜に傷がある
	<input type="checkbox"/> 口の中に食べカスがついている
	<input type="checkbox"/> 舌に色がついている
噛み合わせ	<input type="checkbox"/> 歯がないところがありそのままになっている
	<input type="checkbox"/> むし歯や歯の残がいがある
	<input type="checkbox"/> 痛む歯や動く歯がある
入れ歯	<input type="checkbox"/> 使いにくい（壊れた、ゆるい、痛い、噛みにくい）
	<input type="checkbox"/> 汚れている
	<input type="checkbox"/> 入れ歯はあるが、使っていない
食事の状況	<input type="checkbox"/> 食事中にむせることがある
	<input type="checkbox"/> 咳き込むことがある
	<input type="checkbox"/> 食べこぼすことがある
	<input type="checkbox"/> 口唇がパリパリしている
	<input type="checkbox"/> のどがゴロゴロいうことがある

※チェックが fulfillment したら在宅（訪問）歯科診療をお勧めします。

< FAX送信先 072-783-0078 >

在宅（訪問）歯科診療申込書

令和 年 月 日

伊丹市在宅歯科診療推進センター 御中

在宅（訪問）歯科診療を希望し申し込みます。

利用者様氏名： _____

生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日生

住 所： _____

電話番号： () - / FAX () -

介護保険認定： 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・

5 通院困難な理由： _____

かかりつけ歯科医： (医院名) _____ /電話番号 () -

★-----★

申込者様氏名： _____

住 所： _____

電話番号： () - / FAX () -

【電話でのお問い合わせ先】
 伊丹市在宅歯科診療推進センター
 日時：毎週月曜日～金曜日 午前9：00～午後5：00
 電話：072-783-0078