

歯科治療依頼スクリーニング

ケアマネージャー
保健師・看護師さん
使用書式

歯科治療の必要性のご判断にご利用下さい

1) データNo. _____ 4) 氏名 _____ 2) 調査日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

歯が痛い

冷たいものやあついものがしみる

歯に穴があいている、黒くなっている

かぶせ物や詰め物が取れている

歯ぐきから出血したり歯ぐきが腫れている

歯がぐらぐら動く

口臭がひどい

お口の中に白い斑点がある。赤くただれている

入れ歯がない、使用していない

入れ歯を入れると痛い

入れ歯が落ちたり、はずれやすい

入れ歯が欠けたり、こわれている

入れ歯のばねのかかる歯が抜けている、欠けている

入れ歯のあたる歯ぐきや舌や頬の粘膜に傷ができています

上記の項目に該当する場合は歯科治療が必要と思われます。

ご本人やご家族に歯科受診の希望を伺ってから治療を依頼してください

主治の歯科医師がいる場合

かかりつけの歯科医に連絡

主治の歯科医がいない場合

地元の歯科医師会に連絡

または

横浜市歯科医師会に連絡

口腔ケアは、歯科治療の一環としての医療保険のほか、介護保険の「居宅療養管理指導」にて歯科衛生士の口腔ケアを受けられます。