

歯科受診・健診の記録

この記録は、非常時において健康（命）を守るために必要な情報となります
 歯科受診時に持参し、年に1回を目安に記入してもらいましょう

| | | |
|--|-----|-----|
| 医療機関名 | 受診日 | 記入者 |
| <p>【口腔ケアに関すること】</p> <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ その他 | | |
| <p>【口腔状態で気になることを記入】</p> | | |
| <p>○:処置歯 C:未処置歯 ×:欠損歯 V:インプラント</p> | | |

| ※本人・家族・医療関係者・介護関係者などの記入欄 | |
|--------------------------|------------|
| 記入者 職 種 | 年 月 日 特記事項 |
| 記入者 職 種 | 年 月 日 特記事項 |
| 記入者 職 種 | 年 月 日 特記事項 |
| 記入者 職 種 | 年 月 日 特記事項 |
| 記入者 職 種 | 年 月 日 特記事項 |

被保険者証

**記号・番号の記録をしておきましょう

| 医療・介護保険等 | 記号 | 番号 |
|----------|----|----|
| | | |
| | | |
| | | |

かかりつけ歯科・医科

| 名 称 | 住所・電話 |
|-----|-------------------|
| | 住所 電話 |
| | 住所 電話 |
| | 住所 電話 |

かかりつけ薬局の記録

| 利用する薬局 | 薬剤師 | 必要事項（薬剤師による記録） |
|--------|-----|----------------|
| | | |
| | | |

介護支援

| 担当ケアマネジャー（事業所 氏名） | 電話番号 |
|-------------------|------|
| | |

特記事項

| |
|--|
| |
|--|