

「お口に関する相談窓口用マニュアル」

かかりつけ歯科医院がない場合や、相談できる歯科医院がなく困っている方の支援を行うため、2024年（令和6年）4月に、INAサポートセンターに「お口に関する相談窓口」を設置いたしました。

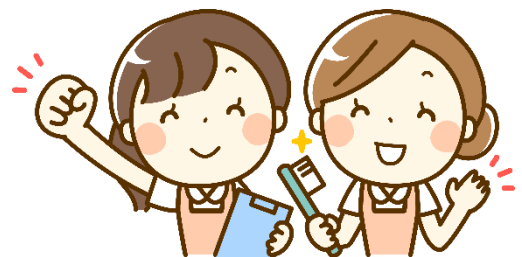
当窓口をご利用になられる際は、こちらの連携ツールをご利用ください。

活用方法について

活用する職種：出水地区の医療・介護職

対 象 者：患者や要介護者

活 用 方 法：訪問歯科診療をお願いしたいが、かかりつけ歯科医院がない場合、相談できる歯科医院がなく困っている場合に、「お口に関する相談窓口用連携ツール」を用いてお口の相談窓口に相談する。



〈かかりつけ歯科医院がない、相談できる歯科医院がなく困っている場合〉

訪問歯科診療希望

聞き取りをした医療・介護従事者が
「お口のチェックシート2（別紙2）」「訪問歯科診療連絡票（別紙3）」
を記入して、電話またはFAXする。

INA サポートセンター（電話：73-2375）
（FAX：73-2376）

↓
担当者が依頼者と電話等で内容を確認する

↓
訪問歯科医の検討

↓
治療を希望される方と訪問する歯科医との間で日程調整

↓
訪問歯科診療開始

お口のチェックシート2(患者・要介護者用)

別紙2

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____

★以下の質問で、「はい」か「いいえ」あてはまるものにチェック☑をつけてください。

項目	利用者・患者様のお口の状況	どちらかに☑をします		支援方針	備考 (気がついたこと等記載)
1	口の中の痛みがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 舌が痛い <input type="checkbox"/> その他 ()
2	*入れ歯を使用している方のみ 入れ歯が合わない こわれた 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	1つでも「はい」に☑が ついたら歯科医療機 関につなぐ	<input type="checkbox"/> 合わない <input type="checkbox"/> こわれた <input type="checkbox"/> 作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を使用していな い
3	歯ぐきのはれや出血、歯 がグラグラするなどの 症状がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれ <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血 <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする
4	食事中によくむせたり、 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		・項目 4、5 のいずれか に1つ「はい」に☑が ついたら歯科医療機関 につなぐ
5	食後に口の中に食べ物 が残りやすい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
6	風邪以外でよく熱が出 る(微熱も含む)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	・項目 6 と 4、5 いく ずれか「はい」に☑が ついたら、主治医に連絡 する	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの方法を知り たい <input type="checkbox"/> その他(困りごと等が ある)
7	口臭が気になることが ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「口臭が気になる」、 「お口のケアが充分に できていない」と回答 した場合 ・いずれか1つの場合 は口腔ケアの実施方法 を見直す ・2つの場合は歯科医 療機関につなぐ	
8	歯磨きなど、お口のケア は充分にできている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 口腔ケアの方法を知り たい <input type="checkbox"/> その他(困りごと等が ある)
9	その他特記事項・所感等				

寝たきり等で歯科医療機関 の受診が困難	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「いいえ」の場合は医療機関の受診を勧めましょう。
------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

訪問歯科診療を希望しま すか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合 本人または家族の署名 _____
-------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------

訪問歯科診療連絡票

別紙3

ふりがな 患者氏名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
住所	電話 () —		
往診先	電話 () —		
主たる介護者	氏名 : (続柄)		
緊急連絡先	氏名 : (続柄) 電話 () —		
主訴	・ 歯が痛い ・ 歯ぐきが痛い ・ 歯ぐきが腫れている ・ 口臭がある ・ 入れ歯が合わない ・ 入れ歯がこわれた ・ 口腔ケアをしてほしい ・ 入れ歯を新しく作りたい		
かかりつけ 歯科医	歯科医院名 :	最終治療 年月日	年 月 日
主治医	病院・医院名 :	電話	
	担当医師名 :	FAX	
	・ 施設に往診 ・ 自宅に往診 ・ 入院中		
既往歴	・ 脳血管障害 ・ 心疾患 ・ 高血圧 ・ 骨折 ・ 糖尿病 ・ その他 ()		
要介護度等	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	障害手帳	() 級
患者さんの 状態	・ 寝たきり ・ 寝たり起きたり (15分程度座ってられる) ・ 移動できる (自力で ・ 介助して)		
食事	・ 普通食 ・ キザミ食 ・ 流動食 ・ 経管栄養 ・ その他 ()		
特記事項			

* この用紙を記入して下さった方

氏名		続柄または所属 事務所および職 種	
電話			
FAX			
			(職種名)

- * ・ 太枠で囲った部分は、必ずご記入ください。
- ・ 細枠で囲った部分は、分かる範囲でご記入ください。