

ご自宅・施設・病院で療養されていて、歯科医院に通院できない方の

在宅歯科医療連携室



下記のチェック項目に**1つでも**
当てはまる方は、**ご相談**ください

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛いようだ | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた、出血する |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わないようだ | <input type="checkbox"/> 体重が減ってきたようだ |
| <input type="checkbox"/> 食べるときにむせる | <input type="checkbox"/> 肺炎を起こしたことがある |
| <input type="checkbox"/> うまく口腔ケアができない | <input type="checkbox"/> 最近、食事量が減少した |
| <input type="checkbox"/> 食事時間が長くなった | <input type="checkbox"/> 最近、食形態が変わった |

対象 寝たきりなどで通院が困難な方



連携室受付時間

【北海道歯科医師会】

月曜日～金曜日 10:00～16:30

 **0120-22-0945**

FAX:011-271-7514

お問い合わせは
電話またはFAXで