

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