

「川崎歯科相談窓口」の設置についてご案内

このたび、倉敷市内歯科医師協議会にご協力いただき、「川崎歯科相談窓口」（以下、「本窓口」）を設置しましたので、ご案内申し上げます。

【背景】

日常診療において、判断・治療に苦慮する症例に遭遇することもあると思います。

○ん？ これはいったい何？ 治療・紹介したほうがいい？

○治療・経過観察したけど、なかなか良くならない

○症状もないし大丈夫だと思うけど、念のために専門医の意見も聞きたい
……などなど。

そんなときにお気軽にご相談ください。

まだ試験運用の段階であり、今後システムや相談方法が変更となる可能性もございますので、ご了承ください。

【相談方法】

1. 本窓口は登録制となっており、ご利用にはあらかじめ「川崎歯科相談窓口リスト」への登録が必要です。登録に関する窓口・お問い合わせ先は倉敷市内歯科医師協議会事務局です。ご登録いただくと、①本窓口のメールアドレスと②相談用のエクセルデータ「川崎歯科相談症例」をメールで送信いたします。
2. 相談したい症例について情報をエクセルに入力し、本窓口までメールでお送りください。できるだけエクセルへの入力をお願いしますが、入力が難しい場合はメールに直接記載していただいても結構です。
3. ご相談いただいた症例に対してメールでご回答いたします。できるだけ早くご返信いたしますが、返信まで数日を要する場合もございます。長期間に渡って返信がない場合はメール等でご確認ください。
4. 「要受診」の回答を差し上げた症例については、当院地域医療連携室より直接医療機関さまへご連絡しますので、初診予約の手続きをお願いします。

【注意点】

1. 本窓口はあくまでも経過および写真に基づく「相談」であり、診断に相当するものではありません。参考程度の目的でご利用ください。
2. セキュリティの観点から、患者さんの個人が特定できる情報は記載しないでください。写真には目を隠す、モザイクをかける、不要な部分をトリミングする等の処理を施し、個人情報の保護にご配慮ください。

【その他】

1. 本窓口でご相談いただいた症例については、初診予約を取得する際の FAX 用紙で「相談済」の項目に☑していただくだけでかまいません。その他の項目の記載は不要となります。
2. 簡便に相談できることが本窓口の目的ですので、メールでの時候の挨拶等は省略していただいてもかまいません。
3. 外傷や急性炎症等、緊急を要する疾患については本窓口の対象外ですので、これまでと同様に直接地域医療連携室にご連絡ください。
4. ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

相談システム「川崎歯科相談窓口」への登録用 URL・QRコード

<https://forms.gle/Bc4TKHLJeDp8xRLW8>



【登録に関するお問い合わせ】

倉敷歯科医師会 事務局

E-mail : kuradent@circus.ocn.ne.jp

TEL : 086-422-2122

FAX : 086-426-9200

医療機関名		記入年月日	年 月 日
患者生年月日	年 月 日	性別・年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (歳)

部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下
	<input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 頬粘膜 <input type="checkbox"/> 口蓋粘膜 <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 顎骨・歯槽骨 <input type="checkbox"/> その他()
状態	<input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 白斑 <input type="checkbox"/> その他 ()
いつから ()数字入力要	<input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ()週間前から <input type="checkbox"/> ()ヵ月前から <input type="checkbox"/> ()年前から
自覚症状	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()
治療経過	<input type="checkbox"/> 軟膏塗布 <input type="checkbox"/> 含嗽 <input type="checkbox"/> 洗浄 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> その他()

写真貼り付け欄

医療機関名	〇〇歯科医院	記入年月日	2025 年 6 月 1 日
患者生年月日	1960 年 1 月 1 日	性別・年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (65 歳)

部位	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下
	<input type="checkbox"/> 歯肉 <input checked="" type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 頬粘膜 <input type="checkbox"/> 口蓋粘膜 <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 顎骨・歯槽骨 <input type="checkbox"/> その他()
状態	<input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 発赤 <input checked="" type="checkbox"/> 白斑 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (触ると少し硬い)
いつから ()数字入力要	<input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ()週間前から <input checked="" type="checkbox"/> (6)ヵ月前から <input type="checkbox"/> ()年前から
自覚症状	<input type="checkbox"/> 痛み <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()
治療経過	<input checked="" type="checkbox"/> 軟膏塗布 <input checked="" type="checkbox"/> 含嗽 <input type="checkbox"/> 洗浄 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他(歯の形態修正)

写真貼り付け欄

