

【在宅歯科医療連携体制推進事業 A地区】

相 談 受 付 票 (整理番号 )

|                         |  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
|-------------------------|--|------|-----------|----------------|------------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|------------|---------------|------------|--|
| 受付日時                    | 平成 年 月 日 ( )<br>時 分～ 時 分   | 応対者  |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| ふりがな                    |  | 相談回数 |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 相談者氏名                   | 様  | 初めて  | 2回目 3回目以上 |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 相談者職種                   | 一般府民、介護支援専門員、訪問看護師、医師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ヘルパー、社会福祉士、介護福祉士、事務職員、その他 ( )  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 相談者<br>所属施設名            | 連絡先 電話番号   |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
|                         | ( )  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 施設分類                    | 患者本人、患者家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所<br>訪問看護ステーション、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設<br>病院・診療所 (医科)、歯科診療所、保健所・保健センター、公民館・市民の憩いの場、<br>その他 ( )   |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 住 所                     | 〒 - 市 区  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 在宅歯科医療<br>連携室を知っ<br>た経緯 | <table border="0"> <tr> <td>1 ポスター・チラシで知った</td> <td>2 保健所・地域包括Cからの紹介</td> </tr> <tr> <td>3 研修会で知った</td> <td>4 ケアマネージャーからの紹介</td> </tr> <tr> <td>5 訪問看護STからの紹介</td> <td>6 介護老人福祉施設からの紹介</td> </tr> <tr> <td>7 介護老人保健施設からの紹介</td> <td>8 病院・診療所からの紹介</td> </tr> <tr> <td>9 主治医からの紹介</td> <td>10 知人・友人からの紹介</td> </tr> <tr> <td>11 その他 ( )</td> <td></td> </tr> </table> |      |           | 1 ポスター・チラシで知った | 2 保健所・地域包括Cからの紹介 | 3 研修会で知った | 4 ケアマネージャーからの紹介 | 5 訪問看護STからの紹介 | 6 介護老人福祉施設からの紹介 | 7 介護老人保健施設からの紹介 | 8 病院・診療所からの紹介 | 9 主治医からの紹介 | 10 知人・友人からの紹介 | 11 その他 ( ) |  |
| 1 ポスター・チラシで知った          | 2 保健所・地域包括Cからの紹介   |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 3 研修会で知った               | 4 ケアマネージャーからの紹介  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 5 訪問看護STからの紹介           | 6 介護老人福祉施設からの紹介  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 7 介護老人保健施設からの紹介         | 8 病院・診療所からの紹介  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 9 主治医からの紹介              | 10 知人・友人からの紹介  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 11 その他 ( )              |  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| ふりがな                    | 性別   | 年齢   | 訪問先住所     |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 受診希望者氏名<br>※本人以外の場合     | 男・女  | 歳    | 市<br>区    |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 備 考                     |  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 相談内容                    | <p style="text-align: right;">※↓○は2つまで。</p> <p>( ) 歯科治療依頼 { 義歯調整、歯や口の痛み、歯茎の腫れ、歯や口の汚れ、<br/>歯の欠損、口臭、摂食嚥下障害、口腔乾燥、顎が外れる<br/>歯石除去、その他 ( ) }</p> <p>( ) 食支援依頼 (食べこぼし、むせ、飲み込めない、食事量減少、味覚障害)</p> <p>( ) 口腔ケア依頼 ※↑○は1つまで。</p> <p>( ) その他 ( )</p>  |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |
| 紹 介 先                   | <p>紹介希望 ( 有 ・ 無 (出来なかった、しなかった) )</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">(理由: )</p> <p>( ) 区内会員診療所</p> <p>( ) 地区外歯科診療所 (地域: 市・区)</p> <p>( ) 歯科衛生士会事務所 (地域: 市・区)</p> <p>( ) その他 ( )</p>   |      |           |                |                  |           |                 |               |                 |                 |               |            |               |            |  |