

【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 () 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 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 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 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、 その他 ()														
住 所	〒 - 市 区														
在宅歯科医療 連携室を知っ 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 ※本人以外の場合	男・女	歳	市 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、 歯の欠損、口臭、摂食嚥下障害、口腔乾燥、顎が外れる 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="margin-left: 40px;">↓ (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>														