

## 口腔ケア相談連絡表(集団用)

様式5-②

令和 年 月 日

## 在宅歯科医療連携室

一社) 草津栗東守山野洲歯科医師会

一社) 滋賀県歯科医師会

滋賀県

TEL 077-581-3355

FAX 077-581-3370

E-mail: kurimoyarenkeisitu@gmail.com

ご不明な点があればお問い合わせください

事業所名	担当者名( )
住 所	〒
連 絡 先	TEL FAX
口腔ケア対象者数	名中 内訳: 自立( 名) 要介助( 名)
介護度	要支援 1( 名)・2( 名) 要介護 1( 名)・2( 名)・3( 名)・4( 名)・5( 名)
認知症	認知症の有無 有( 名)・無( 名)
口腔状態	<どのような口腔ケアを希望するか>
口腔ケア用品の有無	・ある (種類 ) ・ない
アポイント	(訪問希望日、時間帯) 第1希望 月 日( ) : ~ : 第2希望 月 日( ) : ~ : 第3希望 月 日( ) : ~ :
駐車場の有無	有 ・ 無 ※ 詳細は電話で確認
その他 特記事項	

この事業は滋賀県の委託事業で、期間限定のモデル事業です。  
歯科衛生士の訪問、口腔ケアや指導、研修会は無料で行います。