

口腔ケア相談連絡表(個人用)

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

TEL 077-581-3355

FAX 077-581-3370

E-mail: kurimoyarenkeisitu@gmail.com

事業所名: \_\_\_\_\_

介護支援専門員名: \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

ご不明な点があればお問い合わせください

※個人情報保護のためイニシャルで記入、介護支援専門員に電話で確認してください。

氏名 (イニシャル)	※ .	氏名は電話で確認	性別 男 . 女
住所	〒		
連絡先	TEL	FAX	
介護度	要支援 1 . 2 要介護 1 . 2 . 3 . 4 . 5		
認知症	認知症の有無 有 . 無		
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、口腔ケア指導、研修会は無料で行います。