

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

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指導を希望するか>
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。