

医療介護連携 情報提供シート(案)

各務原市様式

歯科医療機関名	
歯科医師	先生御侍史
電話番号	
FAX番号	

作成日 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

【ケアマネジャー記載欄】

本票送付の目的 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
---	---

ふりがな		性別		生年月日	
利用者名		性別		M・T・S	年 月 日
要介護度	無 申請中 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				

【本人（家族）の同意について】

同意有

内容	
----	--

利用中のサービス		歯の状態	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 歯が抜ける <input type="checkbox"/> グラグラしている <input type="checkbox"/> 欠けている <input type="checkbox"/> 差し歯 <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> その他
歯茎の状態	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 出血している <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 痩せている <input type="checkbox"/> その他	義歯について	<input type="checkbox"/> すぐ外れる <input type="checkbox"/> 壊れた <input type="checkbox"/> 作製したい <input type="checkbox"/> 装着した際に痛む <input type="checkbox"/> その他
飲み込み	<input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> その他	咀嚼	<input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> 少し動きが悪い <input type="checkbox"/> その他
口臭	<input type="checkbox"/> かなりある <input type="checkbox"/> 少し臭う <input type="checkbox"/> その他	口の渇き	<input type="checkbox"/> かなりある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> その他
口内炎	<input type="checkbox"/> 1ヶ所ある <input type="checkbox"/> 2、3ヶ所ある <input type="checkbox"/> 治ってもすぐにまた出来る <input type="checkbox"/> その他	発音	<input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> やや不明瞭 <input type="checkbox"/> その他

【歯科医師記載欄】

確認しました 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後 () 時頃
 下記の通り回答します

歯科医師名