

# 訪問口腔ケア依頼用紙

F A X 送信先 歯科保健推進室 391-6480

訪問口腔ケア依頼用紙			
フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	電話 ( ) —		
訪問可能な曜日・時間	曜日	時間帯 午前 ( ) 午後 ( )	
かかりつけの 歯科医院	歯科医院 電話 —		
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
日常生活	・ 寝たきり ・ 寝たり起きたり ・ 車いす等で移動可能		
食 事	問題なし・介助 むせあり・むせなし 経管栄養・胃瘻		
その他 お困りのことなど			
ご記入者 氏名			
電 話／連絡先 電話番号			

内容は歯科医療関係者に提供し、訪問口腔ケア実施の目的にのみ利用します。