

相 談 受 付 票 (整理番号)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|----------------|------------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|------------|---------------|------------|--|
| 受付日時 | 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 | 応対者 | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | 相談回数 | | | | | | | | | | | | | |
| 相談者氏名 | 様 | 初めて | 2回目 3回目以上 | | | | | | | | | | | | |
| 相談者職種 | 一般府民、介護支援専門員、訪問看護師、医師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ヘルパー、社会福祉士、介護福祉士、事務職員、その他 () | | | | | | | | | | | | | | |
| 相談者 所属施設名 | 連絡先 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設分類 | 患者本人、患者家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 訪問看護ステーション、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設 病院・診療所 (医科)、歯科診療所、保健所・保健センター、公民館・市民の憩いの場、 その他 () | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 - 市 区 | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅歯科医療 連携室を知っ た経緯 | <table border="0"> <tr> <td>1 ポスター・チラシで知った</td> <td>2 保健所・地域包括Cからの紹介</td> </tr> <tr> <td>3 研修会で知った</td> <td>4 ケアマネージャーからの紹介</td> </tr> <tr> <td>5 訪問看護STからの紹介</td> <td>6 介護老人福祉施設からの紹介</td> </tr> <tr> <td>7 介護老人保健施設からの紹介</td> <td>8 病院・診療所からの紹介</td> </tr> <tr> <td>9 主治医からの紹介</td> <td>10 知人・友人からの紹介</td> </tr> <tr> <td>11 その他 ()</td> <td></td> </tr> </table> | | | 1 ポスター・チラシで知った | 2 保健所・地域包括Cからの紹介 | 3 研修会で知った | 4 ケアマネージャーからの紹介 | 5 訪問看護STからの紹介 | 6 介護老人福祉施設からの紹介 | 7 介護老人保健施設からの紹介 | 8 病院・診療所からの紹介 | 9 主治医からの紹介 | 10 知人・友人からの紹介 | 11 その他 () | |
| 1 ポスター・チラシで知った | 2 保健所・地域包括Cからの紹介 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 研修会で知った | 4 ケアマネージャーからの紹介 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 訪問看護STからの紹介 | 6 介護老人福祉施設からの紹介 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 介護老人保健施設からの紹介 | 8 病院・診療所からの紹介 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 主治医からの紹介 | 10 知人・友人からの紹介 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | 性別 | 年齢 | 訪問先住所 | | | | | | | | | | | | |
| 受診希望者氏名 ※本人以外の場合 | 男・女 | 歳 | 市 区 | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相談内容 | <p style="text-align: right;">※↓○は2つまで。</p> <p>() 歯科治療依頼 (義歯調整、歯や口の痛み、歯茎の腫れ、歯や口の汚れ、 歯の欠損、口臭、摂食嚥下障害、口腔乾燥、顎が外れる 歯石除去、その他 ())</p> <p>() 食支援依頼 (食べこぼし、むせ、飲み込めない、食事量減少、味覚障害)</p> <p>() 口腔ケア依頼 ()</p> <p>() その他 ()</p> <p style="text-align: right;">※↑○は1つまで。</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 紹 介 先 | <p>紹介希望 (有 ・ 無 (出来なかった、しなかった))</p> <p style="text-align: center;">↓ ↘</p> <p>(理由:)</p> <p>() 地区内会員診療所</p> <p>() 地区外歯科診療所 (地域: 市・区)</p> <p>() 歯科衛生士会事務所 (地域: 市・区)</p> <p>() その他 ()</p> | | | | | | | | | | | | | | |