**道央圏域在宅歯科医療連携室　宛**

**ＦＡＸ　相談受付用紙**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談日 | | 令和 　年　　月　　日 | | | |
| 患者氏名 | | フリガナ | | 要支援 | 12 | | 世要介護 | | 1 2 3 4 5 | | |
|  | |
| 相談者氏名 (記入者) | |  | | | | | 連絡を取り易い時間帯 | | | | 時頃 |
| 相談者の  所属・電話番号 | |  | | | | | 電話番号 | | |  | |
| 相談内容 | | 歯が痛い　　　　　　　　　　歯ぐきが腫れた・出血する  入れ歯が合わない　　　　　　体重が減った  食べる時にむせる　　　　　　肺炎を起こしたことがある  うまく口腔ケアができない　　最近、食事量が減少した  食事時間が長くなった　　　　最近、食形態が変わった | | | | | | | | | |
| □その他 | | | | | | | | | |
| 患者の基本情報 | 住所 | | (　　　　)市町村 | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| ＴＥＬ | |  | | | | | | | | |
| 年齢・性別 | | 歳・　男性　　女性 | | | | | | | | |
| 基礎疾患 | |  | | | | | | | | |
| 服薬 | |  | | | | | | | | |
| かかりつけ歯科医院 | | いる・いない　医院名（　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

ＦＡＸいただきました方には、こちらから追ってご連絡差し上げます。

**札幌歯科医師会**　　FAX (011)511-1530