**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 | [ ] 1[ ] 2 | 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