

道央圏域在宅歯科医療連携室 宛

F A X 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	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 ( )					

F A X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。

F A X ( 0 1 1 ) 2 7 1 - 7 5 1 4