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	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 □入れ歯が合わない □食べる時にむせる □うまく口腔ケアができない □食事時間が長くなった	□歯ぐきが腫れた・出血する □体重が減った □肺炎を起こしたことがある □最近、食事量が減少した □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。

ＦＡＸ　苫小牧歯科医師会　（０１４４）３５－５７５４