

# 相 談 受 付 票 (整理番号 R2- )

受 付 日	月 日 ( )	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	1 ポスター・チラシで知った 3 研修会で知った 5 訪問看護STからの紹介 7 介護老人保健施設からの紹介 9 主治医からの紹介 11 その他 ( )		2 保健所・地域包括Cからの紹介 4 ケアマネージャーからの紹介 6 介護老人福祉施設からの紹介 8 病院・診療所からの紹介 10 知人・友人からの紹介 ( )		
ふりがな		性別	年齢	訪問先住所	駐車場
受診希望者氏名 ※本人以外の場合		男・女	歳		有・無
備 考					
相談内容	※↓○は2つまで ( ) 歯科治療 ( 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(入れ歯作成) ) ※↓○は1つまで ( ) 食支援 (食べこぼし、むせ、飲み込めない、食事量減少、味覚障害) ( ) 口腔ケア ( ) 周術期口腔機能管理 ( ) その他 ( )				
依頼者様は、 こちらは未記 入で結構です	診療所承諾印《ゴム印でOK》  <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>				