

### 歯科医師と介護支援専門員の連絡票

利用者	氏名 (イニシャル)		介護度	申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (満 歳)	男・女

担当ケアマネジャーになった挨拶

〈本人の照会・相談内容等〉  
 本人・家族( )・介護担当者( )より、下記レ点のような口腔に関する報告や訴えがありました。  
 対応にあたって、先生のご意見を賜りたく、ご教示よろしく願いいたします。

歯の具合が悪く、( )困っています。  
 歯肉(歯ぐき)、口腔粘膜に(・発赤 ・出血 ・腫れ )があります。  
 義歯(・総入れ歯 ・部分入れ歯 )について、( )の不具合が生じています。  
 嚥下について(・むせ ・飲み込みにくい ・食事量の減少 ・発熱 )の問題があります。  
 (・歯磨き ・口腔ケア )の方法がわからず困っています。  
 デイサービス等で口腔にかかわる( )の問題を指摘されています。  
 歩行困難で貴院への受診が困難になっています。  
 かかりつけ歯科医がおらず、困っています。  
 その他 ( )

担当介護支援専門員名

### 歯科医師からの回答(返信)

\*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。(日時: 月 日 時頃に来院ください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします。(日時: 月 日 時頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
-------	---

下記のように対応してください

(・至急 ・できるだけ早く )受診する手配をお願いします。  
 当院は(・往診可 ・往診不可 )です。  
 ( )の対応をしてください。  
 その他

平成 年 月 日 歯科医師名