

相談申込書

令和 年 月 日
 受付者()

相談者	ご氏名 () 電話番号 () <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族(続柄)
相談内容	
ケアステーションを知った経緯	<input type="checkbox"/> ポスター、チラシ、インターネット <input type="checkbox"/> 保健所、地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 研修会 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 病院、診療所 <input type="checkbox"/> 主治医から <input type="checkbox"/> 通所施設 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 友人、知人から <input type="checkbox"/> その他 ()

フリガナ			
受診希望者氏名	男・女 ()歳		
訪問先住所	豊中市		
駐車場	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 近くにコインパーキングなど有
要介護状態区分	介護認定なし 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
担当ケアマネジャー	氏名 () 所属 () 電話番号 ()		
受診相談内容	<input type="checkbox"/> 歯や口の痛みがある <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている <input type="checkbox"/> お口が汚れている <input type="checkbox"/> 歯が抜けたままになっている <input type="checkbox"/> 口臭がする <input type="checkbox"/> 口が乾燥している <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> その他 ----- できるだけ詳しく記入して下さい		
入れ歯	なし ・ あり (総入れ歯 ・ 部分入れ歯)		
かかりつけ歯科医	あり (診療所名) ・ なし ↳ かかりつけ歯科医の往診を ・ 希望する ・ 希望しない ・ どちらでもよい		
歯科医師からの電話連絡	<input type="checkbox"/> 電話相談者へ <input type="checkbox"/> 受診希望者本人へ <input type="checkbox"/> その他 () 電話番号 :		

※ 相談申込書は歯科医師会ホームページからダウンロードできます