

様式 2

医療と介護の連携連絡票（介護支援専門員

⇒ 歯科医師用）

令和 年 月 日

居宅介護支援事業所名 及び 所在地 電話 介護支援専門員氏名	⇒	機関名 及び 所在地 電話 氏名
FAX		FAX

日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信賜れば幸いです。

*本人の同意について

ご本人の同意を得ています。 同意した日 令和 年 月 日

ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

本人	氏名		性別	男 ・ 女
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	(歳)	

連絡 内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶	<input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成	<input type="checkbox"/> サービス内容	<input type="checkbox"/> 治療方針
	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 留意事項	<input type="checkbox"/> 認定更新(現在の介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5)
	<input type="checkbox"/> その他:				

<本人の照会・相談内容等>

【・本人・家族()・介護事業者()】より、下記☑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、ご意見を賜りたく、ご教示よろしく申し上げます。食事の摂取方法は(・経口・マーゲンチューブ・胃ろう・静脈内・)です。

(部位:)の
 歯(歯牙)、歯肉(歯ぐき)、口腔粘膜に(・痛み・発赤・出血・腫れ・違和感) 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。

(・口の渇き・口臭・味覚・舌)に問題があるようです。

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関わる()の問題を指摘されています。

歩行困難等で貴院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、受診や治療で困っています。

その他()

返信

上記の回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝え致します(月 日 時頃 お越しください)
	<input type="checkbox"/> お電話でお伝え致します(月 日 時頃 お電話ください)
	<input type="checkbox"/> 文書・FAXにて回答致します

下記のように対応して下さい。

(・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。

岸和田市訪問歯科健康診査を受けるようにして下さい。

()の対応をして下さい。

岸和田市在宅歯科ケアステーション(岸和田市歯科医師会) Tel 439-3075 に連絡してください。
 「受付時間:月・水・金曜日 10~12時、13~14時30分」

上記の通り連絡いたします。

令和 年 月 日 氏名

※この医療と介護の連携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。