

相談受付票

平成 年 月 日

受付者()

| | |
|----------------|---|
| 電話相談者 | ご氏名(豊中 はなこ) 電話番号(〇〇〇〇-〇〇〇〇) |
| 電話相談者の所属施設名 | 所在地() 市) |
| 電話相談者の所属 | 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(支部含まず) ・保健所、保健センター・公民館、市民の集いの場・その他() |
| 電話相談者の職種 | 一般府民 、ケアマネ・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() |
| ケアステーションを知った経緯 | ポスター、チラシで知った・保健所、地域包括Cからの紹介・研修会で知った・ ケアマネから紹介 、訪問看護ステーションから紹介・介護老人福祉施設から紹介・ 介護老人保健施設から紹介 ・介護療養型医療施設から紹介・病院、診療所から紹介・主治医から紹介・知人、友人から紹介・その他() |
| 相談回数 | ・ はじめて ・ 2回目 ・ 3回目以上 |
| 担当ケアマネ | ご氏名(大阪 とよこ) 所属(〇〇ケアプランセンター)電話番号(〇〇〇〇-〇〇〇〇) |

| | |
|-------------|--|
| フリガナ | トヨナカ タロウ |
| 受診希望者ご氏名 | 豊中 太郎 |
| 性別・年齢 | 男 ・ 女 (80) 歳 |
| 住所 | 豊中市 〇〇町〇-〇 |
| 歯科医師からの電話連絡 | 電話相談者へ ご希望に〇印 ・ 受診希望者ご本人へ (☎番号 :) ・ その他() (☎番号 :) |
| 要支援・要介護 | 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 4 ・ 5 |
| 歯科治療依頼内容 | 義歯破折、 義歯調整 、歯や口の痛み・歯茎の腫れ、 歯、口の汚れ 、歯の欠損・口臭・摂食嚥下障害・口腔乾燥・顎がはずれる・歯石除去 なるべく詳しくご記入下さい |
| 入れ歯 | 総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ なし |
| 食支援依頼内容 | 食べこぼし、 むせ・飲み込めない 、食事量減少・味覚障害 その他() |
| 口腔ケア依頼 | 依頼する ・ 依頼しない |
| かかりつけ歯科医 | あり (診療所名 所在地) ・ 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 |