

相 談 受 付 票

平成 年 月 日

受付者()

電話相談者	ご氏名() 電話番号()
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() 所属()電話番号()

フリガナ	
受診希望者ご氏名	
性別・年齢	男 ・ 女 ()歳
住所	豊中市
歯科医師からの電話連絡	<input type="checkbox"/> ご希望に○印 ・ 電話相談者へ ・ 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