|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【歯科医師と連携する時に使用します】 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| **歯科医師連絡票** |
| **〈送信者記入欄↓　※歯科医師に確認したいことを記入してください〉** |
| **送信者** |  |  | **受信者** |  |
| **医療機関・事業所名** |  |  |  |  | **歯科医院名** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **担当者：** |  | **担当者：** |  |
| **TEL：** |  | **TEL：** |  |
| **FAX：** |  | **FAX：** |  |
| **メール：** |  | **メール：** |  |
| **【照会する目的及び歯科医師からの回答希望の有無】** |
| 目　　的 | [ ] 　報告 | [ ] 　連絡 | [ ] 　相談 | [ ] 　返信 |
| 回答希望の有無 | [ ] 　回答は必要です | [ ] 　回答は不要です |
| **【対象者情報】** |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |  | 性別 | [ ] 明治 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 名前 |  |  | [ ] 　男 | [ ] 大正 |
| [ ] 　女 | [ ] 昭和[ ] 平成[ ] 令和 |
| 住　所 | 刈谷市○×△1-1-1 |
| 要介護状態 | [ ] 　自立 | [ ] 　事業対象者 | [ ] 　要支援1 | [ ] 　要支援2 |  |
| [ ] 　要介護1 | [ ] 　要介護2 | [ ] 　要介護3 | [ ] 　要介護4 | [ ] 　要介護5 |
| **【対象者に関わっている多職種】** |
| 氏名 | 事業所名 | 連絡先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **【歯科診療状況】** |
| かかりつけ歯科医の有無 | [ ] 　無 | [ ] 　有 | （医院名）： |  |
| 過去の訪問歯科診療利用状況 | [ ] 　無 | [ ] 　有 | （医院名）： |  |
| **【連絡・照会事項】** |
| 対象者の現状 | [ ] 　入れ歯の状態 | ⇒ | [ ] 　痛み | [ ] 　破損 | [ ] 　調子が悪い |
| [ ] 　歯の状態 | ⇒ | [ ] 　痛み | [ ] 　虫歯 | [ ] 　とれた | [ ] 　グラグラする |
| [ ] 　歯茎の状態 | ⇒ | [ ] 　痛み | [ ] 　出血 | [ ] 　腫れている |
| [ ] 　口腔清掃の状態 | ⇒ | [ ] 　自立 | [ ] 　一部介助 | [ ] 　全介助 | [ ] 　できない |
| [ ] 　食事形態 | ⇒ | [ ] 　普通食 | [ ] 　刻み食 | [ ] 　軟食 | [ ] 　流動食 | [ ] 　経管栄養 |
| [ ] 　その他 | （ |  | ） |
| 可能な姿勢 | [ ] 　椅子に座れる | [ ] 　車いすに座る | [ ] ベッド等を起こした状態 | [ ] 　寝たままの状態 |
| 《照会目的等》 | ※具体的に記入してください。 |
|  |
|  |
| **〈歯科医師回答欄↓　※「回答が必要」とある場合は、送信者に回答してください〉** |
| [ ] 　当連携シートで回答します |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [ ] 　直接会って話をします |  | 月 |  | 日 |  | 頃 | に　[ ] 　来院希望 |
| [ ] 　電話で話をします[ ] 　メールで回答します |  | 月 |  | 日 |  | 頃 | に電話を[ ] 　ください　[ ] 　します |
| 〈連絡・照会に対するコメント〉 | [ ] 　特に意見はありません。 | [ ] 　下記のとおりです。 |
|  |

※□はチェックボックスになっています。