

# 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〉

<b>送信者</b> 医療機関・事業所名 ○○○○事業所 担当者: 刈谷 太郎 TEL: 0566-○○-△△△△ FAX: 0566-○○-△△△△ メール: □□□□□@-----	→ ←	<b>受信者</b> 歯科医院名 ○○○○歯科クリニック 担当者: 刈谷 次郎 TEL: 0566-○○-△△△△ FAX: 0566-○○-△△△△ 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	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信
回答希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 回答は必要です		<input type="checkbox"/> 回答は不要です	

**【対象者情報】**

(フリガナ)	カイヤ	サブロー	性別	<input type="checkbox"/> 明治	○	年	○	月	○	日
名前	刈谷	三郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正						
			<input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和						
住所	刈谷市○×△1-1-1									
要介護状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2						
	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 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
刈谷 四郎	○○○訪問介護事業所	0566-○○-△△△△
刈谷 五郎	○○○通所介護事業所	0566-○○-△△△△
刈谷 六子	○○○訪問看護ステーション	0566-○○-△△△△

**【歯科診療状況】**

かかりつけ歯科医の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(医院名):
過去の訪問歯科診療利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(医院名):

**【連絡・照会事項】**

対象者の現状	<input checked="" type="checkbox"/> 入れ歯の状態	⇒	<input checked="" type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 調子が悪い
	<input type="checkbox"/> 歯の状態	⇒	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 虫歯	<input type="checkbox"/> とれた <input type="checkbox"/> グラグラする
	<input checked="" type="checkbox"/> 歯茎の状態	⇒	<input checked="" type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 出血	<input checked="" type="checkbox"/> 腫れている
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の状態	⇒	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事形態	⇒	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
可能な姿勢	<input checked="" type="checkbox"/> 椅子に座れる <input type="checkbox"/> 車いすに座る <input type="checkbox"/> ベッド等を起こした状態 <input type="checkbox"/> 寝たままの状態				

《照会目的等》

※具体的に記入してください。

いつもお世話になっております。退院直後、歯茎が痩せてしまい、義歯を使用すると歯茎の痛みを訴え、腫れている感じがします。食事は、咀嚼の時に痛みがあるようです。飲み込みはスムーズに行っております。どのようにすればよろしいですか。

〈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〉

<input type="checkbox"/> 当連携シートで回答します	
<input checked="" type="checkbox"/> 直接会って話をします	○ 月 ○ 日 ○:○○ 頃に <input checked="" type="checkbox"/> 来院希望
<input type="checkbox"/> 電話で話をします	○ 月 ○ 日 ○:○○ 頃に電話を <input type="checkbox"/> ください <input type="checkbox"/> します
〈連絡・照会に対するコメント〉	<input type="checkbox"/> 特に意見はありません。 <input checked="" type="checkbox"/> 下記のとおりです。
三郎さんに、義歯の調整が必要な旨を説明し、当院へ来院していただくようお願いいたします。 来院が難しいようであれば、別途にご相談ください。	

※□はチェックボックスになっています。