

資料F 【口腔ケア・摂食嚥下に係わる情報請求書】

◆歯科医師名 _____ 様

◆診療所名 _____ Tel () Fax ()

◆^{フリガナ}患者氏名 _____ 様 (男・女)明・大・昭 年 月 日生 歳

◆依頼日 平成 年 月 日

◆担当ケアマネージャー _____ 事業所名 _____
Tel () Fax ()

〈 貴院にかかりつけの患者様に関して、口腔関連の情報提供を御願いたします 〉

◇ 下記太枠欄に記入し、Fax() まで返信お願い申し上げます。

- ◆歯科治療の必要性： なし
 あり： 虫歯治療
 義歯関係 — 修理、改床
 新製
 歯槽膿漏 — 消炎治療
 歯石除去
 その他 _____
 摂食嚥下機能療法(リハビリ・訓練)
 その他 _____

- ◆口腔ケアの必要性： なし
 あり： 口腔清掃・清掃指導
 義歯清掃・清掃指導
 摂食嚥下機能訓練
 その他 _____

特記事項：

情報提供日：平成 年 月 日

診療所名： _____ 歯科医師名 _____ 印 _____