**在宅歯科医療連携室・相談受付簿**

|  |
| --- |
| ◆受付日時　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分～　　　　　　　(来館・電話) |
| 相　談　者 | ◆氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ◆年齢　　　　歳代　◆性別　男　・　女◆職業(所属)◆住所(郡市会)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◆連絡先TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　)　　　－◆在宅歯科医療連携室を何で知ったか？　□連携室ﾘｰﾌﾚｯﾄ　□県歯HP　□TVCM　□紹介(　　　　　　)　□その他(　　　　　　　　　　　) |
| 患　　者 | ◆氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ◆年齢　　　　歳代　◆性別　男　・　女◆かかりつけ歯科医院の有無　　　有　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　・　無　　　　　◆続柄(　　　　　　)◆介護度　要支援(　１　・　２　)　要介護(　１　・　２　・　３　・　４　・５　) 　◆麻痺　(　有　・　無　)◆既往歴（　　　　　　　　　　　　　　　　）◆意思疎通（　普通・　大体可・　やや困難・　困難・　不可　）◆疾病名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)◆住所(郡市会)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◆連絡先TEL(　　　　　　)　　　－ |
| ◆相談内容･主訴 |
| ◆回答 |
| ◆結果　(例：終了、歯科医師と相談へ、治療申込みへ) |
| ◆その他 | ◆相談対応者 |