**様式２（ケアマネジャー等　⇒　歯科医師）**

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **宛**  **先** | 医療機関名  氏　　　名　　　　　　　　　　　　　先生  電話番号  FAX番号  E-mail | **発**  **信**  **元** | 事業所名  担当者名  電話番号  FAX番号  E-mail |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　平成　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名 |  | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２  要介護１・２・３・４・５  申請中 | |
| 住　　所 |  | TEL |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） | | | 男　・　女 |
| 照会目的 | | * 入れ歯の状態　　　⇒　□ 痛み　　□ 破損　　□ 作成　　□ 調子が悪い | | | |
| * 歯の状態 　　⇒ □ 痛い　　□ 虫歯　　□ とれた　　□ ぐらぐらする | | | |
| * 歯茎の状態　　　　⇒　□ 痛い　　□ 出血 　□ 腫れている | | | |
| * 口腔ケアの状態　　⇒　□ 口臭　　□ 清掃 | | | |
| * 口腔機能の状態　　⇒　□ 咀嚼機能　　□ 摂食嚥下機能　　□ 発音機能 | | | |
| * 摂食状況　　　　　⇒　□ 経口摂取　　□ 経管栄養　　□ 胃瘻 | | | |
| □　担当ケアマネジャーになった挨拶 | | | |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ＜照会・相談内容等＞  担当者　職氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します |
| * 直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| * 電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| * 文書で回答します |
| * メールで回答します |
| ＜回答・助言等＞  平成　　　年　　　月　　　日　　　歯科医師　　　　　　　　　　　印 | |

H31.３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会作成