

地域歯科ケアマネジメント連携票 (柏歯科医師会・ケアマネージャー用)

平成 年 月 日

ケアマネージャー 事業所名 _____ 氏名 _____ Tel 04 - _____ Fax 04 - _____
歯科医院名 _____ 担当医 _____ Tel 04 - _____ Fax 04 - _____
患者氏名 大 善 也 様 生年月日 M T S 年 月 日

歯科医院 ケアマネージャー

治療計画・内容

むし歯

義歯修理・調整

義歯新製

口腔ケア

摂食・嚥下治療

その他 _____

連絡事項・歯科医からの希望、アドバイス

ケアマネージャー 歯科医院

患者さん、あるいは家族からの希望事項

ケアマネージャーからの連絡事項

返信を希望する はい いいえ

お問い合わせ先

(社)柏歯科医師会附属 歯科介護支援センター TEL&FAX 04-7162-6480