病棟･外来→在宅療養支援室

歯科介護支援センター　口腔ケア相談･指導依頼用紙

依頼日	年　　月　　日
依頼項目	講習会等講師依頼　　口腔ケア実技指導依頼 病棟での無料相談･指導(毎週木曜日)
依頼部署および担当者	部署名　　担当者　　担当師長
依頼内容	**患者への口腔ケア依頼であれば下記についてご記入ください** 患者氏名　　病室　　号室 診療科名：　　科　　年齢　　歳 病名 特に希望すること

以下は担当者記入

依頼方法	電話　　搬送　　直接
実施者	
実施日	
実施内容	