

地域ケアマネジメント歯科連携票

歯科医院⇒ケアマネージャー

ケアマネージャー： _____ 様 平成 19年 月 日

フリガナ

患者氏名： 大○善也 生年月日 M・T・S 月 日

治療計画・内容

- う蝕
- 義歯修理・調整
- 義歯新製
- 口腔ケア
- 摂食・嚥下治療
- その他： _____

見本

連絡事項・歯科医からの希望

義歯調整の依頼にて調整中ですが、口腔清掃不良のため重度の歯周病を認めます。

本人及び家族にしばらくの間、口腔ケアを勧めました。問題があればご連絡ください。

歯科医院名： _____ 歯科医院 TEL 04-71 -

FAX 04-71 -

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

ケアマネージャー⇒歯科医院

(必要事項があれば返信してください)

患者さん、あるいは家族からの希望事項

家族は金銭的な問題を心配しております。

ケアマネージャーからの連絡事項

状態がひと段落したら、継続して口腔ケアを受けるかどうか相談してみます。

治療が一区切りつきましたら、ご連絡ください。