地域ケアマネー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　　：＿＿＿＿＿＿＿＿ 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　：＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡事項・歯科医からの希望

＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿

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

＿＿＿＿＿＿＿＿

ケアマネージャーからの連絡事項

＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿