

要援護者歯科相談申込書

年 月 日

| | | | | | |
|----------------|-----------|------|-------------------------|----|-----|
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生()歳 | | |
| 住所 | 奥州市 | | TEL () | | |
| 主な介護者 | 氏名 | 続柄 | 主な疾患 | | |
| 口腔内で 気になること | ・口腔清掃不良 | | サービス利用状況 | | |
| | ・飲み込みが悪い | | | 午前 | 午後 |
| | ・むせやすい | | 月 | | |
| | ・口の渇き | | 火 | | |
| | ・入れ歯が合わない | | 水 | | |
| その他気になること | | | 木 | | |
| | | | 金 | | |
| 認知症の有無 | 有・無 | | 土 | | |
| 障害手帳の有無 | 有・無 | | 日 | | |
| 感染症の有無 | 有・無 | | <small>ショートステイ等</small> | 定期 | 不定期 |

| | | | |
|-----|----|-----|---------|
| 申込者 | 氏名 | 連絡先 | TEL () |
|-----|----|-----|---------|