

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 ()
-----	----	-----	---------