

# 歯科医師とケアマネジャーの連絡票

年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	歯科 医師	先生	発信先	担当介護支援 専門員氏名
	TEL	(        )        -	TEL	(        )        -
	FAX	(        )        -	FAX	(        )        -

下記の件につきご意見を伺いたいと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。  
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	ふりがな 氏名		介護度	申請中    要支援1    要支援2 要介護    1    2    3    4    5
	住所		TEL	(        )        -
	生年月日	明・大・昭        年        月        日 (        ) 歳	性別	男・女

サービス 状況	月	火	水	木	金	土	日	その他のサービス

連絡 内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状態についての相談
	<input type="checkbox"/> 訪問診療の依頼
	<input type="checkbox"/> 飲み込みについて
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアについて
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について
<input type="checkbox"/> その他	

利用者の 照会・ 相談	
-------------------	--

## 歯科医師からの回答書（返信）

連絡 方法等	<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。
	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に        ( 出席 ・ 欠席 )        ※欠席の場合はご意見をお願いします。

回答・ 助言等	
	年 月 日 氏名

ご不明な点は松江市歯科医師会事務局 ☎0852-23-4418 (9:00~15:00) までお問い合わせ下さい。  
松江市歯科医師会・松江地域介護支援専門員協会 共同作成(平成29年8月作成)