

## 医師とケアマネジャーとの連絡票

年 月 日

医療機関名		介護事業所名	
医師名		担当介護支援専門員名	
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は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	期間 ~
	生年月日	明・大・昭	年	月	日 ( ) 歳	性別	要介護 1・2・3・4・5		男・女	
	キーパーソン	氏名 (続柄) 連絡先								
サービス	月	火	水	木	金	土	日	その他サービス		
連絡内容	<input type="checkbox"/> ① 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> ② ケアプランの作成にあたり、病状等についての指示・確認等 ( 新規・更新・区分変更・その他 ) <input type="checkbox"/> ③ 医療系サービス導入についての意見・相談などその他サービス <input type="checkbox"/> ④ 福祉用具貸与(購入)についての医学的意見など <input type="checkbox"/> ⑤ サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> ⑥ 添付資料(ケアプラン・退院情報・看護サマリー・その他( ))									
利用者の照会・相談										



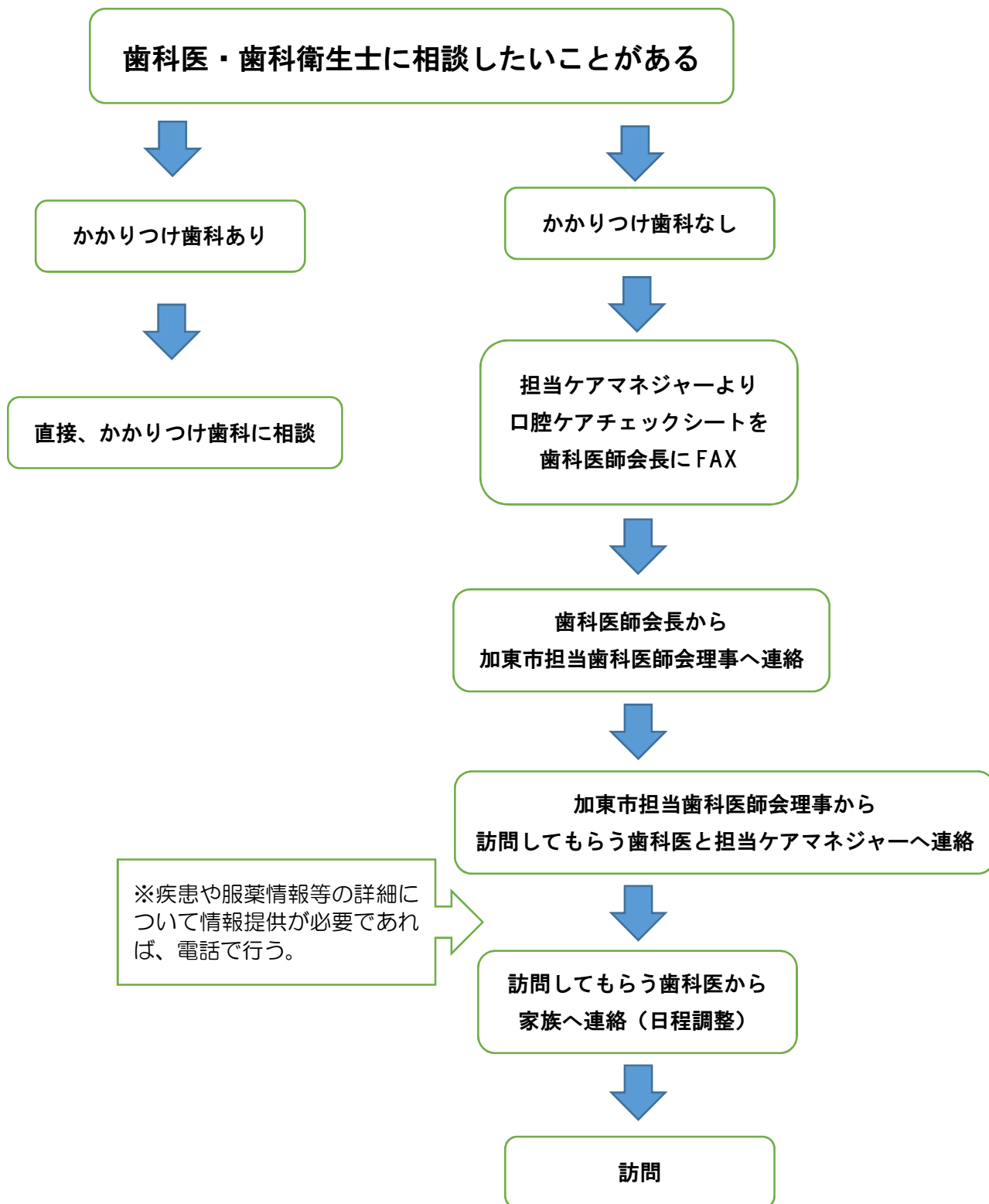
## 医師からの連絡方法(複数回答可)

連絡方法※	<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"/> 携帯電話でも可能 (携帯電話番号 ( ) - ( ) - ( ) ) <input type="checkbox"/> 文書(FAX等)で回答します。 <input type="checkbox"/> その他
回答・助言等	

令和 年 月 日 医師名

## 口腔ケアチェックシートの活用フローチャート

この口腔ケアチェックシートは、居宅で療養している方について、介護支援専門員が口腔の問題についてチェックし、在宅歯科診療や口腔ケアにつなぐ連携シートとして活用するためのものです。



# お口の中をチェックしましょう!!

小野加東歯科医師会

チェック項目	レ印 観察ポイント
お口の中の清潔度	<input type="checkbox"/> 口臭がある
	<input type="checkbox"/> 痛み・腫れ・出血がある
	<input type="checkbox"/> お口の粘膜に傷がある
	<input type="checkbox"/> お口の中に食べカスがついている
	<input type="checkbox"/> 舌に色がついている
咬み合わせ	<input type="checkbox"/> 歯がないところがあり、そのままになっている
	<input type="checkbox"/> むし歯や歯の残がいがある
	<input type="checkbox"/> 痛む歯や動く歯がある
入れ歯	<input type="checkbox"/> 使いにくい(壊れた・ゆるい・痛い・噛みにくい)
	<input type="checkbox"/> 汚れている
	<input type="checkbox"/> 入れ歯は持っているが、使っていない
食事の状況	<input type="checkbox"/> 食事中にむせることがある
	<input type="checkbox"/> 咳き込むことがよくある
	<input type="checkbox"/> 食べこぼすことがある
	<input type="checkbox"/> 唇がパリパリしている
	<input type="checkbox"/> のどがゴロゴロいうことがある

※チェックがいたら在宅(訪問)歯科診療をお勧めします

## 在宅(訪問)歯科診療申込書

令和 年 月 日

在宅(訪問)歯科診療を希望し申し込みます

### ①利用者

氏 名 \_\_\_\_\_  
 生 年 月 日 \_\_\_\_\_ (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_ ( ) - /FAX( ) -  
 介 護 保 険 認 定 \_\_\_\_\_ 要介護 1・2・3・4・5  
 通 院 困 難 な 理 由 \_\_\_\_\_  
 かかりつけ歯科医 \_\_\_\_\_ (医院名) /電話番号( ) -

### ②申込者

(利用者と同一の場合は記入不要です)

氏 名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_ ( ) - /FAX( ) -

< FAX送信先 0795-42-7625 藤原歯科医院 >

#### 【お問合せ先】


小野加東歯科医師会 会長 藤原国弘

日 時 毎週 月・火・水・金 午前9時～午後6時

電 話 0795-42-1065

# 薬剤師とケアマネジャーとの連絡票

年 月 日

薬局名			介護事業所名	
薬剤師名			担当介護支援専門員名	
TEL ( ) -			TEL ( ) -	
FAX ( ) -			FAX ( ) -	

下記利用者の医薬品の服用・使用に関する意見・要望・質問・回答、今後のサービス提供やケアプラン作成にあたってご注意いただく事項等を送付いたしますのでよろしくお願ひします

利用者	ふりがな 氏名					介護度	申請中	要支援 1	要支援 2
	生年月日	明・大・昭	年	月	日 ( ) 歳	性別	男	女	
	キーパーソン	氏名	(続柄)			連絡先			
サービス	月	火	水	木	金	土	日	その他サービス	
連絡内容	<input type="checkbox"/> ① コンプライアンス（飲み忘れ、服用・使用できていない状況等）に関する事 <input type="checkbox"/> ② 現在の症状に関する事 <input type="checkbox"/> ③ 相互作用（のみ合わせ）に関する事（サプリメント・食品も含む） <input type="checkbox"/> ④ 薬の服用方法・使用方法・保管状況について <input type="checkbox"/> ⑤ その他								
	利用者の照会・相談								



## 薬剤師からの連絡方法（複数回答可）

連絡方法※	<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"/> 携帯電話でも可能（携帯電話番号 - - ） <input type="checkbox"/> 文書（FAX等）で回答します。 （宛先、FAX番号については守秘義務もありますので、お間違えの無いようお願いいたします。） <input type="checkbox"/> その他
	回答・助言等

令和 年 月 日 薬剤師名