

【お口・歯の困りごと相談シート】 相談日 令和 年 月 日

相談者所属	事業所名
氏名・職種	氏名: _____ 職種: _____
連絡先	TEL: _____ FAX: _____
回答希望日	令和 年 月 日 までに回答希望
回答方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX

<下記の相談があります>

利用者情報	居住地: _____ 年齢: _____ 歳 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 主疾患名: _____
かかりつけ 歯科医療機関	<input type="checkbox"/> 有 歯科医療機関名(_____) <input type="checkbox"/> 無
相談内容 該当する番号に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてくだ さい。 ※ 複数選択可	<input type="checkbox"/> 1. 入れ歯が・・・破損、痛み、作成、調子が悪い <input type="checkbox"/> 2. 歯が・・・痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた <input type="checkbox"/> 3. 歯ぐきが・・・痛い、腫れている、出血 <input type="checkbox"/> 4. 口腔ケア・・・口臭、清掃 <input type="checkbox"/> 5. 嚥下機能訓練 <input type="checkbox"/> 6. 訪問してくれる歯科医療機関 <input type="checkbox"/> 7. その他の相談 ④ その他の相談および④項目の詳細 (_____)

