

## か かり つ け 歯 科 医 相 談 票

相談日時	年 月 日		
相談担当	健康課( ) 歯科医師会事務所( ) ( ) 歯科医院		
本人の状況	氏 名	(男・女)	生年月日 年 月 日生( 歳)
	住 所		
	電話番号	FAX番号	
	病(障害)名		
	障害者手帳		
	移動状況	介助なしで歩行可能 杖を使用して歩行可能 介助して外出可能 室内歩行可能 車椅子使用 ベッド上での生活が中心	
	医科における受診状況	医科の主治医 あり・なし	
	口腔内の主訴	入れ歯の不具合(痛み:有・無) むし歯(痛み:有・無) 歯がぐらぐらする 歯ぐきの腫れ(痛み:有・無) その他( )	
	いままでの歯科受診状況		
	介護者	有・無	
相談者	氏 名	(男・女)	本人との関係( )
	連絡先の電話番号		
歯科診療の希望			
歯科医師会・健康課への情報提供	同意する 情報提供 年 月 日 (提供先: )		
担当歯科医師名			
備 考	訪問歯科診療 希望する 希望しない 食べ方相談 希望する 希望しない		

## &lt;連絡先&gt;

小金井市福祉保健部健康課 TEL 321-1240 FAX 321-6423

小金井歯科医師会事務所 TEL 385-0303 FAX 385-2634