　　年　　月　　日

居宅療養管理指導についての情報提供書（歯科口腔）

事業者名

ケアマネジャー　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　様（男・女）M・T・S　　年　　月　　日生　　歳 | |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | |
| 本人・家族の希望 |  |
| 口腔内の状況  及び  経過等 |  |
| 口腔健康管理  について |  |
| 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 |  |
| 日常生活の  留意事項 |  |

歯科医療機関 歯科医師名

住所　　　　　 　　　TEL FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2020公益社団法人　日本歯科衛生士会