

台東区にお住まいの皆さまへ — このようなことはありませんか —

- 口臭がある
- 歯磨きがうまくできない
- 舌に汚れがある
- 口の渇きがある
- ぐらぐらしている歯がある
- 食べ物をうまく噛めない
- 飲み込みに時間がかかる
- 食事の時、むせたり、せきこんだりする
- これまでに肺炎になったことがある
- 入れ歯が痛い・入れ歯がゆるい



※アセスメントを希望されたい場合は、裏面のアンケートにご協力ください。

ひとつでも当てはまったら注意が必要です!!



アセスメント依頼書 兼 回答書

これまでにアセスメントを利用したことがありますか？ → はい、あります。 / いいえ、ありません。

太枠内に必要事項を記入してください。

対象者	生年月日	大正 昭和	年	月	日 (歳 / 男・女)
	住所	〒 - 台東区 丁目 ※番地以降は記入不要			
	傷病名	(3つ程度)			
	介護保険認定	要支援： () 要介護： () ・申請中 ・非該当			
	連絡先	- -			

訪問候補日※	第1希望:	月	日 ()	時	分	決定
	第2希望:	月	日 ()	時	分	
	第3希望:	月	日 ()	時	分	
備考						

※訪問候補日は月・火・木・土曜日の10時半～16時でご記入ください。

主治医	医療機関名 (区内・区外)	TEL	-	-
	医師名	FAX	-	-

依頼人	居宅介護支援事業所名	担当 ()
	連絡先	

この様式をスマートフォンで
写真を撮り、右のQRコード
に添付して送信して下さい
送信先:三ノ輪口腔ケアセンター →



受付番号

訪問者

