

連絡票 対象者の居住地を管轄する地域包括支援センターへ電話

- チェック：□ 対象者は65歳以上で要介護1～5の認定を受けていない人です
- 対象者の住所は広島市です
- チェックリストで口腔機能の3項目のうち2項目以上に該当します
- 通所口腔ケアの利用を承諾しています
- 市、地域包括支援センターに情報を提供することに同意しています
- 後日、地域包括支援センターから連絡があることを説明済みです

短期集中通所口腔ケアサービスを実施している「_____歯科医院」です。
当歯科医院での通所口腔ケアの利用を希望・承諾している事業対象者の候補者が
いますので、手続きをお願いします。
本人に紹介書を渡しています。

対象者の名前は_____様

住所は_____

生年月日は_____

電話番号は_____

当歯科医院の電話番号は_____で、私は_____です。