

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内です
- 基本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
- 通所口腔ケアサービス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。

基本チェックリストに該当し、当歯科医療機関での通所口腔ケアサービスの利用を希望・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。

対象者の住所は「広島市_____」です。「_____地域包括支援センター」の担当でよろしいですか。

ケアプラン作成に当たっての意見などを記載した紹介書を本人に渡しています。

本人への連絡をお願いします。

対象者の名前は _____ 様

住所は _____

生年月日は _____

電話番号は _____

初回サービス予約日は _____

当歯科医療機関の電話番号は _____ で、私は _____ です。

- 地域包括支援センターの管轄区域は中学校区を単位としています。対象者に「どこの中学校区ですか」と尋ね、別添の「地域包括支援センターの案内チラシ」から担当の地域包括支援センターを確認してください。不明な場合は、広島市地域包括ケア推進課（TEL：082-504-2648）にお問い合わせください。
- 要介護1～5の認定を受けている人や要介護認定申請中の人は対象外です。本人の記憶があいまいな場合は、その旨を地域包括支援センターに伝えてください。