別紙５

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

初回予約日　　月　　日（　　）

当歯科医院の電話番号は＿＿＿＿＿＿＿＿で、私は＿＿＿＿＿＿＿＿です。