

在宅寝たきり高齢者訪問歯科診療

(1) 患者宅付近略図



(2) 患者の週の生活状況

家族、介護の方の在宅時間帯、ヘルパー・ボランティア・訪問指導員等の来所曜日や時間、患者の利用している福祉サービス（例、ディケアー）の時間等をご記入下さい。

	月	火	水	木	金	土	日	週・月
午前								
午後								
夜								

(3) 介護に係わっておられる方々の氏名や連絡先等

主となる介護者： _____ 関係
保健所 _____ ・ ヘルパー _____
地域ネットワーク委員 _____ ・ その他 _____