

FAX 043-241-9903



## 地域ケア会議報告書

一般社団法人 千葉県歯科衛生士会

提出者名	
勤務先	市町村名 ( ) 勤務先 ( )
会議主催者	( ) 市 ( ) 包括支援センター

会議実施日・時間	年 月 日 ( ) 午前・午後 時～ 時
実施場所	
事例検討の概要 (課題検討等)	<p>ケース概要 歳 男・女</p> <p>要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5</p>
歯科衛生士として助言したこと・困ったこと	
今後地域ケア会議出席するにあたり歯科衛生士会に臨むこと(例)研修会開催等	
会議参加職種 (参加者に○を記入して下さい)	<p>医師・歯科医師・薬剤師・看護師・保健師・理学療法士・作業療法士</p> <p>言語聴覚士・歯科衛生士・ケアマネジャー・事務職・その他( )</p>