事前質問票

◎利用者の自立支援・重度化防止のために構成員に確認したいことをご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者名

|  |
| --- |
| 〔医師に確認したいこと〕 |
| 〔歯科医師に確認したいこと〕 |
| 〔薬剤師に確認したいこと〕 |
| 〔リハビリ職（理学療法士等）に確認したいこと〕 |
| 〔管理栄養士に確認したいこと〕 |
| 〔その他・地域資源等について確認したいこと〕 |