

文書様式 6 : 情報提供書

歯科診療情報提供書(居宅療養管理指導)

紹介先機関 \_\_\_\_\_ 様 平成 年 月 日

訪問歯科診療において下記の患者さんの治療,管理を行っております。介護保険においてに口腔の管理が必要と思われるので、本情報提供書をご参考の上、ご不明な点がございましたらご連絡ください。

情報提供機関の  
所在地および名称

歯科医師 \_\_\_\_\_ 印  
電話 :

被保険名	(ふりがな)	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男・女 ( 歳)
住所		TEL	

I 口腔の状況

A 口腔疾患 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> カンジダ症 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 <input type="checkbox"/> 欠損 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
B 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 口腔清掃状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> やや十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ややある <input type="checkbox"/> ある	
C 義歯 義歯清掃状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> やや十分 <input type="checkbox"/> 不十分 義歯問題点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (再調整 要義歯修理 要義歯製作)	
D 口腔機能状態 (異常の有無) かむ機能 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 唾液分泌機能 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (流涎、口腔乾燥) 飲み込む機能 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり しゃべる機能 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 口を開ける機能 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
E 口腔清掃自立度 歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔の状況における療養管理指導等に関する留意事項	
1. 治療	<input type="checkbox"/> 義歯製作 <input type="checkbox"/> 義歯修理など <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> つめ物、被せ物など <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2. 口腔衛生 管理指導	<input type="checkbox"/> 歯の衛生 <input type="checkbox"/> 歯肉の衛生 <input type="checkbox"/> 義歯の衛生 <input type="checkbox"/> 舌の衛生 <input type="checkbox"/> 粘膜の衛生 <input type="checkbox"/> その他 ( )
3. 口腔機能 訓練	<input type="checkbox"/> かむ機能 <input type="checkbox"/> 飲み込む機能 <input type="checkbox"/> しゃべる機能 <input type="checkbox"/> 唾液分泌機能 <input type="checkbox"/> その他 ( )
4. その他 ( )	

II 特記事項、経過、日常生活上の留意事項など

治療、指導の開始 ( 月 日 )

治療、指導管理の同意  
本人 家族 介護職員など