

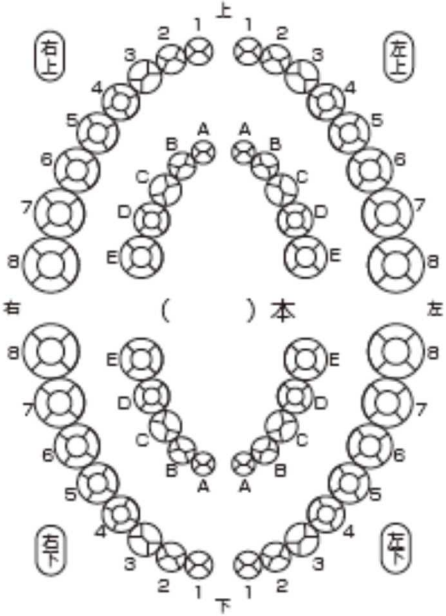
患者氏名	
【基礎疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
【服　　薬】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬剤の種類・薬剤名）	
【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
【そ の 他】（ ）	
<div style="text-align: center;"> 【口腔内の状況】 </div>	【歯や歯肉の状態】 ・4 mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無 【むし歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【その他】 （ ）
	【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> その他
	【その他・特記事項】
改善目標	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善（飲料物の習慣・間食の習慣） <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他（ ）
治療の予定	<input type="checkbox"/> むし歯（つめる・冠・根の治療） <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
(担当歯科医師)

歯科疾患管理料に係る管理計画書

年 月 日

患者氏名	
<div>【口腔内の状況】</div> 	<div>【歯や歯肉の状態】</div> <div><div>・ 4 mm以上の歯周ポケット</div><div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div></div> <div><div>・ 歯の動揺</div><div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div></div> <div><div>・ 歯肉の腫れ</div><div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div></div> <div><div>・ プラーク・歯石の付着状況</div><div><input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無</div></div> <div><div>【むし歯】</div><div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div></div> <div><div>【その他】</div><div>()</div></div>
	<div>【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無</div> <div><div><input type="checkbox"/> 口腔衛生状態</div><div><input type="checkbox"/> 口腔乾燥</div><div><input type="checkbox"/> 咬合力</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能</div><div><input type="checkbox"/> 舌圧</div><div><input type="checkbox"/> 咀嚼機能</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 嚥下機能</div></div>

【小児口腔機能の問題】 ☐ 無

☐ 咀嚼機能

☐ 嚥下機能

☐ 食行動

☐ 構音機能

☐ 栄養

☐ その他

※ むし歯や歯周病を定期的に管理することで、できるだけ自分の歯を保ちましょう。
※ 何でも噛んで食べられると栄養バランスの良い食生活につながります。
※ 口腔の健康管理が全身の健康管理につながります。

この治療の予定は、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
(担当歯科医師)

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

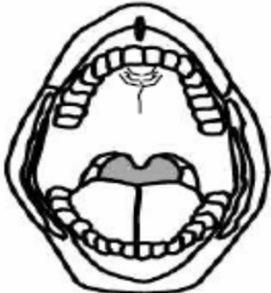
年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

【全身の状態】

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名:)
2	服薬	1. なし 2. あり (薬剤名:)
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返しあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良	<div>特記事項があれば記載</div> 
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度	
3	う蝕(むし歯)	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
5	口腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
6	義歯(入れ歯)の使用状況	上顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 義歯製作・修理・調整等の必要性 □なし □あり	
		下顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 義歯製作・修理・調整等の必要性 □なし □あり	
7	咬合接触(臼歯部) (義歯での咬合を含む)	1. あり(片側・両側) 2. なし	

【口腔機能等】

1	口腔咽頭機能	舌の運動	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頬、口唇の動き	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		開口量	1. 3横指 2. 2横指 3. 1横指以下
		軟口蓋の動き(/ア/発声時)	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	咀嚼運動	1. 通常の咀嚼が可能 2. 下顎および舌の上下運動 3. 下顎の上下運動のみ 4. ほとんど下顎の動きがない	
3	構音機能	発音の状況	1. 明瞭 2. 不明瞭な音あり 3. 不明瞭
4	頸部可動性	頸部可動域	1. 制限なし 2. 少し動く 3. 不動
5	食事摂取状況	座位保持	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		むせ	1. なし 2. 液体で時々あり 3. 頻繁にあり
		経管栄養	1. なし 2. あり a) 胃ろう b) 経鼻 3. その他 ↳ 1) 一部経口摂取あり 2) 経口摂取なし
		水分	1. トロミなし 2. トロミあり 3. 禁
		食形態	1. 常食 2. 常食(一口大) 3. 軟菜食(ソフト食) 4. 刻み食 5. 嚥下調整食(具体的に) 6. その他()

【口腔清掃状況等】

1	口腔清掃の状況	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助
2	うがいの状況	口腔内での水分の保持 1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る
		含嗽(ブクブクうがい) 1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

--

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男・女	〒 ー 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的

(2) 病状、経過等

☐ 口腔衛生状態不良

☐ う蝕等

☐ 歯周病

☐ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）

☐ 義歯の問題（☐ 義歯新製が必要な欠損 ☐ 義歯破損・不適合等）

☐ 摂食・嚥下機能の低下

☐ 口腔乾燥

☐ その他（ ）

☐ 配慮すべき基礎疾患（ ）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療

☐ う蝕治療 ☐ 冠・ブリッジ治療 ☐ 義歯の新製や修理等

☐ 歯周病の治療 ☐ 口腔機能の維持・向上 ☐ その他（ ）

(2) 利用すべきサービス

☐ 居宅療養管理指導（☐ 歯科医師、☐ 歯科衛生士） ☐ その他（ ）

(3) その他留意点

☐ 摂食・嚥下機能 ☐ 誤嚥性肺炎 ☐ 低栄養 ☐ その他（ ）

(4) 連携すべきサービス

☐ 特になし ☐ あり（ ）

→必要な支援（ ）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援

社会生活面の課題 ☐ 特になし ☐ あり

()

→ 必要な支援（ ）

(3) 特記事項

別紙様式4

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名:	
担当歯科医: 科 殿	依頼日: 年 月 日

標本の送付側

病理標本の送付側の医療機関名:	
所在地:	
電話番号:	歯科医師氏名: 提出医サイン:
標本作製の場所: 院内・院外(施設名称: 標本番号:)	
患者氏名: (フリガナ)	性別: 男・女
患者住所	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	職業: (具体的に) 電話番号:
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解: 有・無	
傷病名:	
臨床診断・臨床経過:	
肉眼所見・診断(略図等):	
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):	
採取日又は手術日: 年 月 日	
提出臓器とそれぞれの標本枚数: 1. 2. 3. その他	
既往歴:	
家族歴:	
感染症の有無: 有()・無	
治療情報・治療経過:	
現在の処方:	
病理診断に際しての要望:	
備考:	
病理診断科使用欄: 病理診断科ID <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等()	

※手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること