

【歯科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書】

書類-②

初診日 年 月 日

カルテNo. _____

・患者氏名	(男・女)	明・大・昭・平	年	月	日	生
・住所 〒 _____						
・電話 ()		FAX		()		
[<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中]				介護保険サービス利用 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無]		

【患者さんについての医療・介護情報】

○ ケアマネージャー(氏名) _____ (事業所) _____

Tel _____ Fax _____

○ 基礎疾患 ・高血圧 (/) ・リウマチ 有 無 ・パーキンソン病 有 無
 ・糖尿病 ・脳卒中(麻痺: 両側 右 左) ・その他 _____

○ 服薬情報 _____ ☆抗凝固剤使用 (無 ・ 有)

◆ 要介護度 (自立 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5)

◆ 認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

◆ 日常生活自立度 (障害高齢者自立度)

自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
(認知症高齢者自立度)	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M

① 歯科訪問診療計画

歯科治療
 (義歯 ・ 齲蝕 ・ 歯周病 ・ 歯内 ・ 摂食嚥下 ・ その他) _____
 《内容》 _____

医学管理・指導 _____

《訪問頻度》 _____ 回 / 週 ・ 月 ・ 年 《訪問期間》 約 _____ 日 ・ 週 ・ 月 ・ 年

② 口腔衛生指導指示書

訪問歯科衛生指導

居宅療養管理指導

1) 《訪問頻度》 _____ 回 / 週 ・ 月 ・ 年 《訪問期間》 約 _____ 日 ・ 週 ・ 月 ・ 年

2) 指導内容 ■ 口腔ケアを要する部位 (歯 ・ 歯肉 ・ 義歯補綴物 ・ 粘膜 ・ 舌) _____

■ 指導の要点 _____

記入日 _____ 年 月 日

歯科医師名 _____

訪問歯科衛生士名 _____