

情報提供書

歯科医師用

情報提供先

歯科診療所名
所在地
連絡先
歯科医師名

御中

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			性別	男・女	生年月日	H S T	年	月	日
氏名	様				(歳)				
住所					電話				
介護保険 被保番号					有効期間	H	年	月	日
介護認定	申請中	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5	認定日	H	年	月
医療区分	特定疾患 受給者証	有・無			身体障がい 者手帳	有・無	(障がい名) 種 級		
連絡先(緊急時)									
氏名	(キーパーソン)	(続柄)			氏名	(続柄)			
住所					住所				
電話	(自宅)	(携帯)			電話	(自宅)	(携帯)		
傷病名									
利用者の病状、経過等 (直近の診察日: 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 前回診療より変化な									
投与中の薬剤の用量・用法 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化な									
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()						アレルギー・副作用			
						有・無			
						感染症			
						有・無			
口腔の状況 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化な									
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 ()									
口腔内清掃状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良									
義歯清掃状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良									
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)									
口腔機能状態: 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良									
唾液分泌機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 開口機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良									
構音機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良									
口腔清掃(歯磨き)自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
療養上必要な事項・介護サービスに関する留意事項 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化な									
治療: <input type="checkbox"/> 必要性あり <input type="checkbox"/> 必要性なし <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 治療終了									
口腔衛生: <input type="checkbox"/> 必要性あり <input type="checkbox"/> 必要性なし <input type="checkbox"/> ケア継続 <input type="checkbox"/> ケア終了									
口腔機能訓練: <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 唾液分泌機能 <input type="checkbox"/> 開口機能 <input type="checkbox"/> その他 ()									
利用者の日常生活上の留意事項 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化な									
病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注) <input type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意) <input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告) <input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に									
精神状態: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 見守りや連絡などの配慮が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫									
<input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意 <input type="checkbox"/> 常時介護が必									
その他: ()									
医学管理の必要性									
<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他									