

情報提供書

歯科衛生士用

情報提供先

歯科診療所名
所在地
連絡先
担当者名

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	日
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										

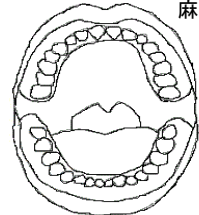
利用者の病状、経過等 (歯科医師の診察日または指示日: 平成 年 月 日)

投与中の薬剤の用量・用法

<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 身長 cm Kg BMI 平成 年 月 日測定

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	<input type="checkbox"/> 不良	痰の状態		麻痺の有無	
義歯清掃状況:	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不	<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・要義歯作成)				
口腔機能状態:	咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不	<input type="checkbox"/> 不良			
唾液分泌機能	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不	<input type="checkbox"/> 不良	開口機能	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不	<input type="checkbox"/> 不良
構音機能	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不	<input type="checkbox"/> 不良	嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不	<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				



解決すべき課題の改善等に関する要点

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		
食生活指導:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
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・家族に対する指導内容

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
食生活の指導:	<input type="checkbox"/> 食量	<input type="checkbox"/> 食事環境	<input type="checkbox"/> 介助方法		
口腔ケア:	<input type="checkbox"/> 方法	<input type="checkbox"/> 注意点			
その他:	()				

訪問の日時

①	月	日	~	訪問	②	月	日	~	訪問
③	月	日	~	訪問	④	月	日	~	訪問