

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）


[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
問診	【全身の状態（該当項目の□にチェック）】 □糖尿病 □高血圧症 □呼吸器疾患 □心血管疾患 □妊娠 □その他（ ）		
	【服薬歴】薬剤名（ ）		
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数 ( ) 回 ・歯磨きの時間 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前 ・習慣的飲料物 □炭酸飲料 □ジュース □その他（ ） ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □しない ・歯口清掃器具の使用 □なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ ・喫煙習慣 □有 □無 ・睡眠時間 □不足 □やや不足 □十分 ・歯磨き方法 □習ったことがない □習ったことがある ・その他（ ）		

[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 □有 □無 	【歯周組織検査の概要】 ・4mm以上の歯周ポケット □有 □無 ・歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常 ・歯肉の腫れ □有 □無 ・歯の痛み □有 □無 ・その他（ ）
	【画像診断結果の概要】 ・歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無 ・その他の特記事項（ ）
	【プラーク付着状況】□多い □やや多い □少ない 【その他の留意点】 □咀嚼機能 □摂食・嚥下機能 □構音機能
【改善目標事項】	□歯磨きの習慣 □飲料物の習慣 □間食の習慣 □歯口清掃器具の使用 □喫煙習慣 □その他（ ）
【治療の予定】	□むし歯治療 □歯周疾患治療 □被せ物 □ブリッジ □義歯 □その他（ ）
【治療期間】	約（ ）週・月 ( ) 回程度

この治療と管理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。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。



別紙様式3

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料に係る口腔機能管理計画書

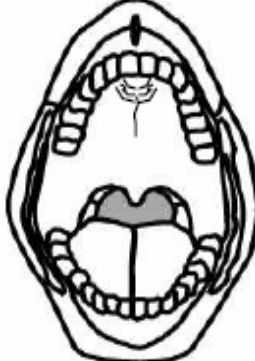
平成 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭 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
5	食事形態	1. 普通食 2. 介護食 3. 非経口

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	特記事項があれば記載  
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度	
3	齲蝕	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5	口腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6	義歯の使用状況	上顎 1. あり 2. なし 下顎 1. あり 2. なし	
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1. あり (片側・両側) 2. なし 義歯製作 (修理等) の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

口腔機能の状態

1	咀嚼機能障害	1. なし 2. あり
2	摂食・嚥下機能障害	1. なし 2. あり
3	構音機能障害	1. なし 2. あり

備考欄(管理の方法等)