

居宅療養管理指導に係る情報提供書

事業所名

御中

患者様名

ご依頼いただきました患者様の病状、経過等、口腔ケア関連情報についてご報告いたします

訪問診療開始日:平成 年 月 日	訪問頻度 回 / 日・月・年
診療予定期間: 日・月・年	
歯科治療の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 義歯関係 <input type="checkbox"/> 修理、改床 <input type="checkbox"/> 新製 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 消炎治療 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能療法 <input type="checkbox"/> 歯内治療 <input type="checkbox"/> その他	
口腔ケアの必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 口腔清掃・清掃指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・清掃指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能訓練 <input type="checkbox"/> その他	
介護サービスを利用する上での留意点、介護方法及び日常生活上の留意事項	

報告日 平成 年 月 日

歯科医院名: _____

歯科医師名 _____