

## 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・歯科医師）

年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX 番号

歯科医師氏名

## 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	年 月 日生( 歳)		連絡先	( )

## 利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等
<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の使用（ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> 臼歯部咬合（ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ ）

## 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 利用すべきサービス
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3) その他留意点
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4) 連携すべきサービス
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ） →必要な支援（ ）

## 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ) → 必要な支援 ( ) )
(3) 特記事項