歯科医師

□ 介護支援専門員　　□ 訪問看護師

歯科診療結果報告書

　　　　　【記載日】　　　　　　年　　　　月　　　　日

【歯科診療所】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療所名 |  | 電話 |  |
| Fax |  |
| 歯科医師名 |  | 担当歯科衛生士名 |  |

【□介護支援専門員・□訪問看護師】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 電話 |  |
| Fax |  |
| 氏　　名 |  | | |

【患者の氏名】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  氏　　　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　　所 |  | | |

【診察結果】

|  |  |
| --- | --- |
| 初診日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 口腔の状況 | ①**むし歯**　　　　（□ある・□なし）  ②**口腔の清掃状況**（□不良・□普通・□良好）  ③**歯肉の状況**　　（□不良・□普通・□良好）  ④**入れ歯の状態**　（□不良・□普通・□良好）  ⑤**その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑥**摂食嚥下**　**問題**（□ある・□ない）特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑦**口腔機能**　**問題**（□ある・□ない）特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療内容 | □**歯牙処置**（むし歯処置）  □**義歯**　　〔□調整　□修理（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□新調　〕  □**外科処置**〔□抜歯　□粘膜処置　□切開　□その他（　　　　　　　　　 　　　　）〕  □**清掃**　　〔□歯石除去　□歯磨き指導 〕  □**その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 今後の治療及び  受診(検診) | ◎**継続的歯科治療の必要性**　〔　□**ある**（□自院・□他の病院に紹介） ・　□**ない**　〕  ◎**次回受診日**　〔□**予約済み**：　　月　　日　・　□　　　　**ヶ月後**　〕 |
| 日常的口腔ケアの必要性 | □**ある**　　□口腔の清掃指導　　□義歯の清掃指導　　□摂食嚥下機能訓練  　□唾液腺マッサージ  □**ない** |
| 生活上の注意点ケア等の指示 | □**ある**  □**ない** |
| その他  特記事項 |  |