

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 (<input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> なし) ②口腔の清掃状況 (<input type="checkbox"/> 不良・ <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 良好) ③歯肉の状況 (<input type="checkbox"/> 不良・ <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 良好) ④入れ歯の状態 (<input type="checkbox"/> 不良・ <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 良好) ⑤その他 (_____) ⑥摂食嚥下 問題 (<input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない) 特記事項 (_____) ⑦口腔機能 問題 (<input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない) 特記事項 (_____)
治療内容	<input type="checkbox"/> 歯牙処置 (むし歯処置) <input type="checkbox"/> 義歯 [<input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 修理 (_____) <input type="checkbox"/> 新調] <input type="checkbox"/> 外科処置 [<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 粘膜処置 <input type="checkbox"/> 切開 <input type="checkbox"/> その他 (_____)] <input type="checkbox"/> 清掃 [<input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 歯磨き指導] <input type="checkbox"/> 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 [<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 自院・ <input type="checkbox"/> 他の病院に紹介) ・ <input type="checkbox"/> ない] ◎次回受診日 [<input type="checkbox"/> 予約済み : _____月_____日 ・ <input type="checkbox"/> _____ヶ月後]
日常的口腔ケア の必要性	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 口腔の清掃指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能訓練 <input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ <input type="checkbox"/> ない
生活上の注意点 ケア等の指示	<input type="checkbox"/> ある (_____) <input type="checkbox"/> ない
その他 特記事項	