

診療情報提供書(歯科口腔外科)

()

(医療・保健・福祉機関名)

御中 記入日 年 月 日

患者氏名 (男・女)	ID
生年月日 (大正 昭和 平成) 年 月 日 (歳)	
住所	電話番号

既往歴 <input type="checkbox"/> 別添参照	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中(<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()
現病歴 <input type="checkbox"/> 別添参照	
内服薬 <input type="checkbox"/> 別添参照	

傷病名(歯科)			
管理計画			
歯科治療	<input type="checkbox"/> 義歯作製	<input type="checkbox"/> 義歯調整	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周病治 <input type="checkbox"/> かぶせ物治療 <input type="checkbox"/> 抜歯
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 歯の清掃	<input type="checkbox"/> 義歯の清掃	<input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃
口腔機能	<input type="checkbox"/> かむ機能	<input type="checkbox"/> 飲み込む機能	<input type="checkbox"/> 話す機能
口腔内状態	良い状況		悪い状況
歯垢の付着状況	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 著しい
舌苔	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 薄い	<input type="checkbox"/> 厚い
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 重度
義歯(入れ歯)	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし
歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
むし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
口腔ケアリスク	良い状況		悪い状況
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養()	<input type="checkbox"/> 静脈栄養
食事形態			
座位保持	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 制限あり	<input type="checkbox"/> 不可
頸部可動性	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 制限あり	<input type="checkbox"/> 不可
身体麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	(程度:)
日常の口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
義歯の着脱	<input type="checkbox"/> できる()	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 使用していない
開口保持	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 制限あり	<input type="checkbox"/> 不可
口腔内での水分保持	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 要注意	<input type="checkbox"/> 不可()
うがいの可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 要注意	<input type="checkbox"/> 不可()
口腔機能評価	良い状況		悪い状況
咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 未評価	<input type="checkbox"/> 不調
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 未評価	<input type="checkbox"/> 不調
発音機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 未評価	<input type="checkbox"/> 不調
その他特記事項			

医療機関名	医師
住所	電話番号