

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）


[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
問診	【全身の状態（該当項目の□にチェック）】 □糖尿病 □高血圧症 □呼吸器疾患 □心血管疾患 □妊娠 □その他（ ）		
	【服薬歴】薬剤名（ ）		
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数 () 回 ・歯磨きの時間 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前 ・習慣的飲料物 □炭酸飲料 □ジュース □その他（ ） ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □しない ・歯口清掃器具の使用 □なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ ・喫煙習慣 □有 □無 ・睡眠時間 □不足 □やや不足 □十分 ・歯磨き方法 □習ったことがない □習ったことがある ・その他（ ）		

[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 □有 □無 	【歯周組織検査の概要】 ・4mm以上の歯周ポケット □有 □無 ・歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常 ・歯肉の腫れ □有 □無 ・歯の痛み □有 □無 ・その他（ ）
	【画像診断結果の概要】 ・歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無 ・その他の特記事項（ ）
	【プラーク付着状況】□多い □やや多い □少ない 【その他の留意点】 □咀嚼機能 □摂食・嚥下機能 □構音機能
【改善目標事項】	□歯磨きの習慣 □飲料物の習慣 □間食の習慣 □歯口清掃器具の使用 □喫煙習慣 □その他（ ）
【治療の予定】	□むし歯治療 □歯周疾患治療 □被せ物 □ブリッジ □義歯 □その他（ ）
【治療期間】	約（ ）週・月 () 回程度

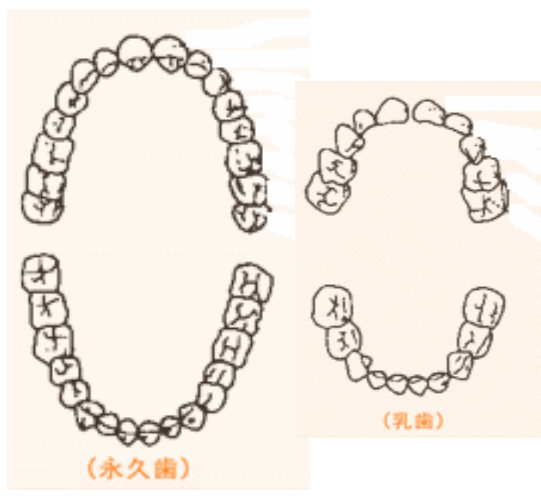
この治療と管理の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

別紙様式 2

歯科疾患管理料に係る管理計画書（継続用）

年 月 日

患者氏名	性別			男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			(歳)
【現在のお口の中の状況】（該当項目の□にチェックしてください）				
・痛みについて	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 時々痛い	<input type="checkbox"/> 痛くない	
・歯肉の出血について	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
・腫れについて	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
・食事について	<input type="checkbox"/> 食べにくい	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 食べやすくなった	
・その他（				）
【生活習慣の状況】				
・1日の歯磨きの回数	（ ）回			
・歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食後	<input type="checkbox"/> 昼食後	<input type="checkbox"/> 夕食後	<input type="checkbox"/> 就寝前
・習慣的飲料物	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料	<input type="checkbox"/> ジュース	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
・間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> しない	
・歯口清掃器具の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> フロス	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ
・その他（				）

<p>【口腔内の状況】</p> <p>義歯装着 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>  <p>(永久歯)</p> <p>(乳歯)</p>	<p>【歯周組織検査の概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>正常 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・その他（ ）
	<p>【画像診断結果の概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯の支持骨吸収 <input type="checkbox"/>高度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>無 ・その他の特記事項（ ）
	<p>【プラーク付着状況】<input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>やや多い <input type="checkbox"/>少ない</p> <p>【その他の留意点】</p> <p><input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/>構音機能</p>
<p>【継続して行う治療内容】</p>	<p><input type="checkbox"/>むし歯治療 <input type="checkbox"/>歯周疾患治療 <input type="checkbox"/>被せ物 <input type="checkbox"/>ブリッジ <input type="checkbox"/>義歯</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>【改善目標事項】</p>	<p><input type="checkbox"/>歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/>飲料物の習慣 <input type="checkbox"/>間食の習慣</p> <p><input type="checkbox"/>歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/>喫煙習慣 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>【治療期間】</p>	<p>約（ ）週・月 （ ）回程度</p>

この治療と管理の予定は現時点での方針であり、今後の治療状況により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

別紙様式3

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料に係る口腔機能管理計画書

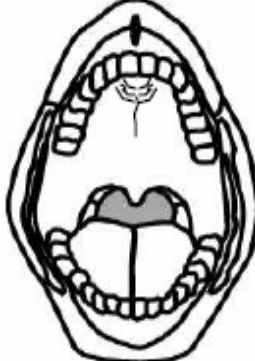
平成 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)

全身の状態

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名:)
2	服薬	1. なし 2. あり (薬剤名:)
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返しあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明
5	食事形態	1. 普通食 2. 介護食 3. 非経口

口腔内の状態

1	口腔衛生の状況	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良	特記事項があれば記載 
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度	
3	齲蝕	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5	口腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6	義歯の使用状況	上顎 1. あり 2. なし 下顎 1. あり 2. なし	
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1. あり (片側・両側) 2. なし 義歯製作 (修理等) の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

口腔機能の状態

1	咀嚼機能障害	1. なし 2. あり
2	摂食・嚥下機能障害	1. なし 2. あり
3	構音機能障害	1. なし 2. あり

備考欄(管理の方法等)

--