

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

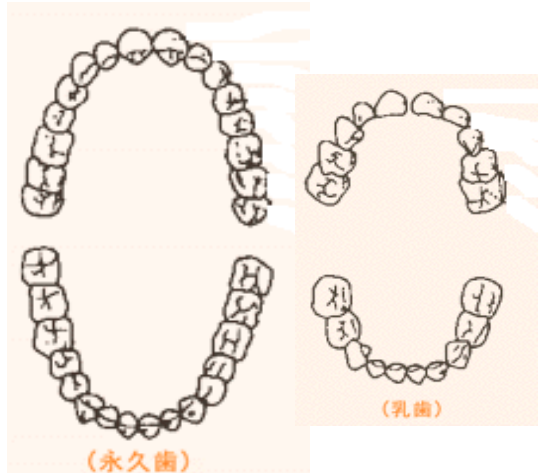
[患者記入欄]

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 □過去に有り ・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
	【歯科疾患と全身の健康との関係】 ( )
【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

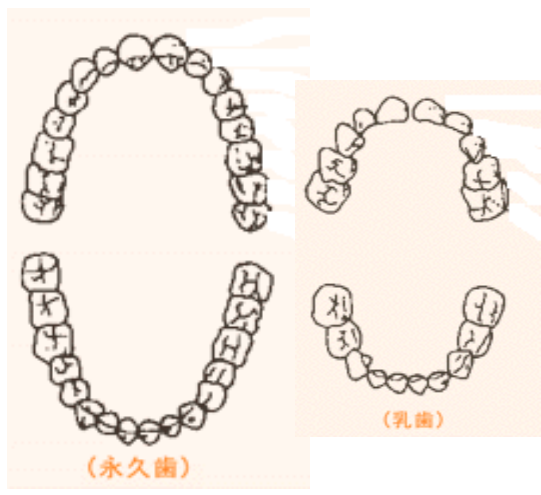
この治療と管理の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

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)		
<b>【現在のお口の中の状況】</b> （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（	）		
<b>【生活習慣の状況】</b>			
・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（	）		

<b>【口腔内の状況】</b> 義歯装着 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 	<b>【歯周組織検査の概要】</b>
	<input type="checkbox"/> 4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<b>【画像診断結果の概要】</b>
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他の特記事項（ ）
	<b>【プラーク付着状況】</b> <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少ない <b>【その他の留意点】</b> <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 構音機能
	<b>【口腔内の状態の改善状況】</b> （ ）
<b>【継続して行う治療内容】</b>	<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 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<b>【改善目標事項】</b>	<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 <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（ ）
<b>【治療期間】</b>	約（ ）週・月 （ ）回程度

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

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

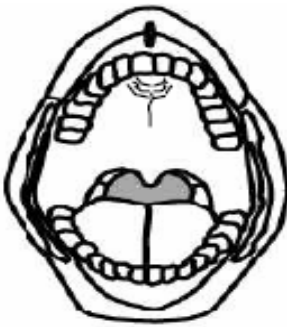
平成 年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭・平 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	う蝕(むし歯)	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(入れ歯)の使用状況	上顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 下顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし	
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	

【口腔機能管理】(口腔機能管理加算に係る管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頬、口唇機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		軟口蓋機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	構音機能	パの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		タの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		カの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
3	咀嚼運動	1. 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 2. 下顎および舌の上下運動 3. 下顎の上下運動のみ 4. ほとんど下顎の動きがない	
4	食形態	1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. ころみ付き刻み食 5. ミキサー食 6. 流動食 7. ゼリー 8. その他	
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1. ない 2. ある→胃ろう 3. 経鼻 4. その他
		座位保持	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頸部可動性	1. 十分 2. 不十分 3. 不可
		開口保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能
		口腔内での水分の保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る
		含嗽(フクフクうがい)	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

--