

文書様式4 歯と口・口腔機能の治療管理

本様式は歯科疾患在宅療養管理・退院時共同指導算定時に提供する文書を例示したものの

歯科疾患在宅療養管理・退院時共同指導

(文書様式4) H28

歯と口・口腔機能の治療管理

お名前		様	年	月	日
全身の状態					
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (疾患名:)			
服薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名:)			
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 繰り返しあり		
低栄養リスク	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 介護食 (常食、軟食、刻み食、ミキサー食、流動食、ゼリー等)	<input type="checkbox"/> 非経口		
歯と口の状態					
清掃の状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	特記事項 	
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 重度		
むし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
・歯肉の炎症 (発赤・出血・腫れ)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
・歯の動揺度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
口腔軟組織疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
義歯の使用状況	上顎 <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	下顎 <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
噛み合わせの安定	<input type="checkbox"/> あり (片側・両側)	<input type="checkbox"/> 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					
咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調		
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調		
発音機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調		
舌・軟口蓋の動き	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調		
治療と口腔ケアの難しさ					
・口腔清掃の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
・経管栄養	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→胃ろう	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> その他	
・座位保持	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良		
・開口保持	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能		
・含嗽 (フッククラウがい)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能→むせ		
管理方針・治療方針					

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください

医療機関名
(担当歯科医)

©2024 日本歯科医師会・日本歯科医学会 監修

【管理方針・治療方針】

- 歯科疾患在宅療養管理料の場合、歯科疾患や口腔機能の評価を踏まえた管理計画の内容や継続的な管理に必要な事項等を記載する。
- 本様式は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の管理計画書に用いることができる。この場合、歯科疾患在宅療養管理料の記載内容に加え、摂食機能障害に対する指導管理（訓練）の内容の要点等を記載する。
- 関連する検査等を行った場合は結果の要点や特記事項を記載する。
- 摂食機能療法に本様式を活用することもできる。
※管理計画については、個々の患者の状態に応じ、摂食機能療法の実施内容・回数等を具体的に記載する。
- 口腔機能低下症に対する指導管理を行う場合は日本歯科医学会の「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」を参考とするとともにその様式等を使用する。

【日本歯科医学会 HP】

https://www.jads.jp/basic/index_2024.html

- 本様式は在宅歯科医療連携加算1・2の管理計画書に用いることができる。加算1の場合は歯科医師から、加算2の場合は医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供を踏まえて管理計画を策定する。